

Alla ASL 4 Ogliastra
Sede del comitato zonale
S.C. Medicina Convenzionata

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE VIA PEC

Pec: protocollo@pec.aslnuoro.it

Oggetto: DISPONIBILITÀ PER ATTRIBUZIONE INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO:

Branca _____ **Pubblicazione:** Trimestre _____ Anno _____

(*) Il/La Dott/Dott.ssa _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via _____ E-mail _____

Telefono _____ **PEC** _____

- Medico Specialista;
- Medico Veterinario;
- Professionista (O Biologo – O Chimico – O Psicologo)

a tempo indeterminato con anzianità di servizio riconosciuta dal _____

Note

Dichiara di essere

Laureato in _____ presso _____ in data _____

Specializzato in _____ presso _____ in data _____

Iscritto all'Albo professionale dei _____ in data _____,

abilitato all'esercizio della professione di: _____ con annotazione della

Specializzazione in _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ATTRIBUZIONE DELLE ORE SEGUENTI:

ASL/ALTRO	SEDE /STRUTTURA	BRANCA AREA PROFESSIONALE	N. ORE

Al fine del conferimento dei turni e per l'attribuzione delle priorità nella redazione delle graduatorie

DICHIARA

di trovarsi nella posizione di cui alla lettera _____ - del comma 2 dell'art 21 dell'ACN-20 s.m.i. come di seguito:

ART. 21 ACN 31.03.2020

Assegnazione di incarichi a tempo indeterminato

1. Gli specialisti, i veterinari ed i professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'articolo 20, comma 3, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui al comma successivo.

2. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito al medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;

b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51;

c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

d) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1; *Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. – testo integrato con l'ACN 20 maggio 2021 36/129*

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);

h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso;

i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.

3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

4. L'Azienda, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 2, può conferire l'incarico anche a specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all'articolo 28, comma 1 del presente Accordo, graduandoli secondo la maggiore anzianità di incarico. L'Azienda predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti gli interessati.

5. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico di cui al presente articolo è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

6. Lo specialista, il veterinario o il professionista in posizione di priorità deve comunicare l'accettazione/rinuncia all'incarico entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte della Azienda. Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata, pena l'esclusione dall'incarico, l'autocertificazione informativa appositamente predisposta dalla Azienda.

La formalizzazione dell'incarico deve avvenire entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione. Le Regioni possono definire diverse procedure, tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento dell'incarico.

7. L'incarico conferito a tempo indeterminato ai sensi del comma 2, lettere h) e i) è confermato, previo superamento di un periodo di prova della durata di sei mesi.

DATA _____

FIRMA _____

(*) Allega documento d'identità in corso di validità

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

Dott./Dott.ssa _____ **Via** _____ **n.** _____ **C.A.P.** _____

Città _____ **Tel** _____ **Cell.** _____

Pec (obbligatoria) _____ **E-Mail** _____

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

(*) Il/la sottoscritt/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamato dall'art.76 del D.P.R.445 del 28.12.2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento .