ALL’AREA VASTA 4 FERMO

U.O.C. DAT

 Racc. A.R. Via Zeppilli 18

63900 FERMO

 **PEC: areavasta4.asur@emarche.it**

**Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato**

**(art. 21 ACN/2020)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_, in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice ENPAM:n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara la propria disponibilità**

al conferimento di incarico per i turni di seguito indicati e pubblicati dall’Area Vasta 4 di FERMO, nel 3° trimestre 2020

(in caso di più turni, indicare anche l’ordine di preferenza)

 n. ore \_\_\_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara di essere**

* titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (Distretto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con anzianità d’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.a),
* titolare di incarico a tempo indeterminato diverso ambito zonale della Regione Marche o altra Regione confinante (ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con anzianità d’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.b),
* titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante (nella ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con anzianità d’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) e richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 19, comma 2, lett.c);
* titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca diversa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e chiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico (Art. 21, comma 2, lett.d);
* titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall’ACN/2020 nella branca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 21, comma 2, lett. e);
* titolare di incarico a tempo indeterminato nell’Area Vasta 4 che svolga la seguente attività compatibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e nel rispetto del massimale orario ex Art. 28, comma 1 (Art. 21, comma 2, lett. f);
* titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.g);
* specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell’Area Vasta 4 di Fermo, valida per l’anno 2020 per la branca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella posizione n. \_\_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.h);
* Specialista, veterinario, professionista in possesso dei requisiti di cui all’art. 19 (Art. 21, comma 2, lett.i);
* titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di:
* medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,
* medico pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,
* medico dipendente del SSN presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (Art. 21, comma 2, lett.j);

* specialista operante in Regione non confinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nel limite del massimale orario .

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall’art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)