

Alla **ATS Sardegna ASSSL Cagliari**  
**Sede del Comitato Zonale**  
**Medici Specialisti Ambulatoriali interni**  
**ed Odontoiatri, Medici Veterinari, e altre**  
**Professionalità Sanitarie Ambulatoriali**  
**S.C. Medicina Convenzionata**  
**Via Piero della Francesca, 1**  
**09047 SELARGIUS (CA)**

Raccomandata A.R

**OGGETTO: disponibilità incarico a tempo indeterminato pubblicato il \_\_\_\_\_° Trimestre anno \_\_\_\_\_**  
**Branca di \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**Medico Specialista  Odontoiatra  Medico Veterinario  Professionista (Biologo  - Chimico  - Psicologo 

A tempo indeterminato con anzianità di servizio riconosciuta dal \_\_\_\_\_ (delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)**

A tempo indeterminato (**in data successiva al 15/11/2005**) con anzianità d'incarico annuale dal \_\_\_\_\_  
trasformato a tempo indeterminato in data \_\_\_\_\_ con delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ presso la ASSSL di \_\_\_\_\_

**Note**

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**

che gli venga assegnato l'incarico in oggetto **in quanto titolare di incarico ai sensi dell'art. 19, co. 2, lettera a)  b)  c)**   
**d)  (solo per i medici specialisti e Odontoiatri) e)  (solo per i medici specialisti e Odontoiatri) f)  g)**  dell'A.C.N.  
17/12/15, secondo il seguente ordine di priorità (vedere legenda):

<b>A.S.L. /Altro</b>	<b>SEDE STRUTTURA</b>	<b>N° ORE</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### **Attualmente è titolare a tempo indeterminato di:**

**a) n° \_\_\_\_\_ ore d'incarico ambulatoriale nell'ambito zonale del Comitato Consultivo di Cagliari:**

<b>A.S.S./Altro</b>	<b>SEDE STRUTTURA</b>	<b>N° ORE</b>	<b>DATA INIZIO</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**b) n° \_\_\_\_\_ ore d'incarico ambulatoriale in altro ambito zonale (indicare) \_\_\_\_\_:**

<b>A.S.S./Altro</b>	<b>SEDE STRUTTURA</b>	<b>N° ORE</b>	<b>DATA INIZIO</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**c) Altro: \_\_\_\_\_**

Si impegna a rinunciare alle seguenti ore, in ordine di preferenza, nel caso in cui dovesse superare il massimale orario:

A.S.S./Altro	SEDE STRUTTURA	N° ORE	DATA INIZIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ogni comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000:** Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate 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.

**Allega fotocopia del documento d'identità.**

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Legenda:

**Incarico ai sensi dell'art. 19, comma 2, lettera:**

- 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 a tale 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;
- 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'art. 48;
- 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 (solo per i medici specialisti e odontoiatri)**;
- 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**;
- 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 **(solo per i medici specialisti)**;
- Titolare di incarico a tempo indeterminato** nello stesso ambito zonale **che svolga altra attività compatibile** e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1;
- Titolare di incarico** a tempo indeterminato presso il **Ministero della Difesa**;