

Alla **ATS Sardegna ASSL 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)
medconvenzionata.cagliari@pec.atssardegna.it

Oggetto: disponibilità incarico a tempo determinato ____ **Trimestre** ____ **Branca di** _____

Il/La sottoscritto _____, nat__ a _____ il _____,

Medico Specialista Ambulatoriale Interno **Odontoiatra** **Medico Veterinario** **Professionista (Biologo**
- Chimico **- Psicologo**)

Specializzato in _____ presso _____ in data _____,

laureato in _____ presso _____ in data _____,

iscritto all'Albo professionale dei _____ abilitato all'esercizio della professione di _____
 _____ con annotazione della specializzazione,

iscritto nella graduatoria della Branca di _____ dell'ambito zonale di Cagliari ex art. 17 dell'A.C.N. 17/12/15 dell'anno _____

non iscritto in graduatoria

Chiede

che gli vengano assegnati gli incarichi in oggetto,

ai sensi dell'art. 20, comma 2* dell'A.C.N. 17/12/15 in quanto iscritto nella graduatoria vigente

ai sensi dell'art. 20, comma 3* dell'A.C.N. 17/12/15, in quanto non iscritto nella graduatoria vigente

col seguente ordine di priorità:

A.S.S.L. /Altro

SEDE STRUTTURA

N° ORE

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

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

Città _____

TEL. _____ Cell. _____ E-Mail _____

Pec (OBBLIGATORIA) _____

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:

ART. 20 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (ACN 2015)

1. Le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione, possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 12 (dodici) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 24 (ventiquattro) mesi continuativi. Gli aspiranti all'incarico devono comunicare la propria disponibilità secondo i termini e le modalità di cui all'art. 19, comma 1.
2. **L'incarico di cui al comma 1 è conferito allo specialista, veterinario o professionista secondo la graduatoria di cui all'art. 17 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.**
3. **In caso di indisponibilità di specialisti, veterinari o professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17, l'Azienda può conferire l'incarico ad uno specialista, veterinario o professionista dichiaratosi disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dal presente Accordo. L'incarico, di durata massima annuale, non è più rinnovabile.**
4. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista incaricato a tempo determinato compete lo specifico trattamento economico di cui all'art 46.
5. Gli incarichi a tempo determinato conferiti a far data dall'entrata in vigore del presente Accordo non possono essere convertiti a tempo indeterminato.