



Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Vestini s.n.c.- Palazzina N

OGGETTO: Disponibilità completamento orario e mobilità interaziendale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 20.05.2021.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Medico Specialista Ambulatoriale Interno, branca di _____

Veterinario, branca di _____

Professionista Psicologo, disciplina di _____

Titolare, ai sensi dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 20.05.2021, di incarichi a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali totali, di cui:

n. _____ ore settimanali presso la nostra ASL Lanciano Vasto Chieti dal _____

Sede _____ n. ore _____

Sede _____ n. ore _____

Sede _____ n. ore _____

Sede _____ n. ore _____

presso la ASL/INAIL di _____ n. ore sett.li _____ dal _____

presso la ASL/INAIL di _____ n. ore sett.li _____ dal _____

dichiara

di essere disponibile al completamento orario per le seguenti ore pubblicate:

Branca _____ n. ore _____ Sede _____

Branca _____ n. ore _____ Sede _____

di NON essere disponibile al completamento orario pubblicato.

Dichiara

Di essere interessato alla procedura di mobilità di cui all' art. 30 comma 6, vigente ACN/2021:

• dalla Sede _____ n. ore _____

Presso la Sede _____ n. ore _____

- dalla Sede _____ n. ore _____
 Presso la Sede _____ n. ore _____
- dalla Sede _____ n. ore _____
 Presso la Sede _____ n. ore _____

DICHIARA INOLTRE

- Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 1, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 20.05.2021, le ore saranno assegnate con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico, che a parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico e, in subordine, l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età;
- Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 2, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 20.05.2021, allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che **rinunci al completamento orario, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'art. 45 "Indennità di disponibilità", fino all'accettazione di completamento orario o all'assegnazione di cui all'art. 21 ACN .**

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

DATA _____

FIRMA _____