Al Direttore Generale

 ASST Santi Paolo e Carlo

 MILANO

**Oggetto: Disponibilità al completamento dell’orario settimanale ai sensi dell’art. 20, comma 1, dell’ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 31.03.2020 e ss.mm.ii.**

Il/la sottoscritto/a Dott....................…………………, nato/a a...........................................(prov…......) il................................. M\_\_ F\_\_\_ Codice Fiscale…………………………………………………………..

Comune di residenza...............................................(prov...........)Via ……………………………………….. n………..Cap..............telefono.......................PEC………………………………………………………………… e- mail……………………………………………………

□ Medico Chirurgo

Con specializzazione in\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita in data\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titolare, ai sensi dell’ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 31.03.2020, di incarichi a indeterminato per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali totali\*, di cui:

\* n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali presso la nostra ASST dal \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali presso la ASST…. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali presso la ASST…. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali presso la la ASST…. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Inserire tutti gli incarichi di cui si è titolare a tempo indeterminato ai sensi del vigente accordo)

\*e di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto ACN la seguente anzianità di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In relazione all’Avviso INTERNO PER COMPLETAMENTO ORARIO DI N……… ORE SETTIMANALI, RISERVATO AI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ITERNI **CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO QUESTA A.S.S.T.,** AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 1 DELL'ACN 31/03/2020 E SS.MM.II..

Dichiara:

□ di essere disponibile al completamento orario - in quanto non massimalista - per le ore del giorno…………e della sede………………..

□ di NON essere disponibile al completamento orario proposto

□ di essere disponibile ma di non essere in possesso in parte o totalmente delle capacità professionali richieste

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 31.03.2020, 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 31.03.2020, allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento orario, offerto nell’ambito provinciale in cui opera, 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 ampliamento orario.

□ Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente;

Ai sensi e agli effetti del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R.

\*Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Dati obbligatori

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda il proprio curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato e la copia del documento di identità in corso di validità.

2