

Al Direttore Generale
ASST Santi Paolo e Carlo
MILANO

Oggetto: Disponibilità al completamento dell'orario settimanale ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 04.04.2024, riservato ai Professionisti Psicologi - psicoterapeuti con incarico a tempo indeterminato.

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.....

☐ Professionista Psicologo

Con specializzazione in*.....conseguita in
data*..... Titolare, ai sensi dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre
Professionalità Sanitarie del 04.04.2024, 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 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. 0,50 ORE SETTIMANALI, RISERVATO AI PROFESSIONISTI PSICOLOGI - PSICOTERAPEUTI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO QUESTA A.S.T., AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 2 DELL'ACN 04.04.2024

Dichiara:

- ☐ di essere disponibile al completamento orario in quanto non massimalista
- ☐ di NON essere disponibile al completamento orario proposto
- ☐ di essere disponibile ma di non essere in possesso in parte o totalmente dei requisiti specifici richiesti

Dichiara, inoltre:

- ☐ Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 4, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 04.04.2024, 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 5, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 04.04.2024, 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.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47, 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

Per i turni con requisiti specifici allegare il curriculum vitae. Lo stesso deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a quanto richiesto. La mancata presentazione del curriculum vitae comporterà l'esclusione dalla partecipazione al turno.

ALLEGARE DOCUMENTO IN CORSO DI VALIDITA'