

Al Comitato Zonale di Mantova e Cremona
Strada Lago Paiolo, 10
46100 - Mantova
Via PEC: protocollogenerale@pec.asst-mantova.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
(specificare località, indirizzo) _____
Recapiti telefonici _____
indirizzo PEC (obbligatorio) _____

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l'area professionale di:

☐ BIOLOGIA ☐ CHIMICA ☐ PSICOLOGIA ☐ PSICOTERAPIA
☐ MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA _____
☐ VETERINARIA: ☐ AREA A ☐ AREA B ☐ AREA C

e in modo specifico, per le seguenti ore:

DICHIARA

	data	punteggio
di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia		
di essere in possesso della specializzazione in		
di essere in possesso della specializzazione in		
di essere in possesso della specializzazione in		

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE

- titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. a tempo indeterminato ai sensi dell'A.C.N. 05.02.2026, art. 21, comma 6 con decorrenza incarico dal _____
☐ lett. a) (titolare 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 nell'ambito in cui è pubblicato il turno) per n. ore settimanali _____ c/o Azienda/e _____

- ☐ lett. b) (titolare 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 nell'ambito della stessa regione o regione confinante) per n. ore settimanali _____ c/o Azienda/e _____
- ☐ lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o 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 nell'ambito di regione non confinante) per n. ore settimanali _____ c/o Azienda/e _____
- ☐ lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) per n. ore settimanali _____ c/o Azienda/e _____
- ☐ lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 per n. ore settimanali _____ c/o Azienda/e _____
- ☐ lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) per n. ore settimanali _____
2. ☐ lett. h) (medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso - posizione in graduatoria n° _____)
3. ☐ lett. i) (specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 comma 4 ACN 05.02.2026)
4. ☐ lett. j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico. (specificare Azienda, _____ tipo _____ di _____ rapporto _____ e _____ decorrenza) _____

Inoltre dichiara di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.

Nel caso il candidato risponda alla pubblicazione di incarichi che contengano la richiesta del possesso di particolari capacità professionali (ex art. 21, comma 4, ACN 05.02.2026), si chiede di allegare, alla presente domanda, il curriculum vitae aggiornato nonché eventuali certificazioni relative all'attività svolta provanti il possesso di tali capacità professionali.

(località)

(data)

(firma)