Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
**Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"**
**COMITATO CONSULTIVO ZONALE ex art. 23 ACN 29.07.2009**
Via XXIV Maggio 139 – 19124 LA SPEZIA
Telefono Segreteria 0187/533932

Raccomandata A.R.

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
Ex art. 24 ACN 29.07.2009
presso ASL n. 5 Spezzino
Via XXIV Maggio n. 139
***19124 LA SPEZIA***

***Oggetto: Dichiarazione disponibilità turni vacanti ( ARTT. 22 E 23 ACN/2009).***

Il sottoscritto Dott. _____,
nato a _____, il _____residente a _____ in
via _____, CAP _____ cellulare _____,
tel. fisso _____, specialista in _____,
data laurea _____ data di specializzazione_____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA DI ESSERE**

- Titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di_____, per complessive ore _____ settimanali, anzianità di incarico _____ c/o ASL_____ e di svolgere esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN 29.07.2009;
- Specialista titolare in branche diverse per complessive ore _____, di esercitare esclusivamente attività ambulatoriale e di voler concentrare in un'unica branca il numero complessivo di ore di incarico;
- Specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato per n. ore _____ nella branca di _____di esercitare esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN 29.07.2009 e di chiedere il passaggio alla branca di _____ di cui è in possesso del titolo di specializzazione;
- Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale per n. ore _____ e di essere soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 16;
- Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, il Ministero di Grazia e Giustizia e INAIL;
- Titolare di incarico a tempo determinato per n._____ ore presso _____ scadente il _____, ai sensi dell'art. 23, comma 10 e di fare richiesta di incremento orario o trasferimento;
- Specialista ambulatoriale titolare di pensione erogata da _____

- o Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica, presso_____ dal _____ disposto a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, in possesso del titolo di specializzazione nella branca _____;
- o Inserito nella vigente graduatoria per la branca _____
- o Non ancora inserito nella graduatoria, disponibile a coprire i turni di seguito indicati.
  1. _____
  2. _____

In relazione ai turni vacanti pubblicati mediante affissione all'Albo di codesto Comitato relativi al _____trimestre 200__,

***CHIEDE L'ASSEGNAZIONE***

di tutte le ore pubblicate nella branca di_____disponibili presso _____

ovvero, solo dei seguenti turni _____

per incremento orario (fino a 38 ore)
per trasferimento

Relativamente ai turni richiesti, comunica di espletare attualmente i seguenti turni:

Azienda Sanitaria Locale n. 5 Spezzino Via XXIV Maggio n. 139 La Spezia.

Distretto _____ Ambulatorio di _____ ore _____
Distretto _____ Ambulatorio di _____ ore _____
Distretto_____ _____ Ambulatorio di _____ ore _____
Distretto _____ _____ Ambulatorio di _____ ore _____

Allega alla presente i seguenti documenti:
_____

La Spezia, _____ _____
(firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e può essere inviata anche con le modalità indicate nell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 (**copia di un valido documento di identità**).

## AVVERTENZE

I sanitari titolari di incarico ambulatoriale esclusivo in diverso ambito zonale limitrofo che intendono richiedere l'applicazione delle lett. b) e d) - art.23 dell'ACN/2009, dovranno allegare alla presente un certificato di servizio.

Le richieste di trasferimento (nei casi consentiti) di parte dei turni espletati saranno prese in considerazione solo se accompagnate o seguite (nel termine tassativo di 30 giorni dalla data di scadenza della pubblicazione) da documento attestante il consenso a firma del Direttore del competente Distretto, con esplicita indicazione degli orari rinunciati e mantenuti.

***Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali***

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

A. il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente alla procedura prevista per la copertura dei turni vacanti;
B. il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
C. il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra;
D. in relazione ai trattamenti dei propri dati personali effettuati da questa Azienda i destinatari della presente hanno facoltà di esercitare i diritti di cui all'art. 7, codice in materia di protezione dei dati personali – Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196;
E. alcuni dei dati comunicati saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e sul sito internet della Azienda Unità Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino";
F. titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 Spezzino, con sede in Via XXIV Maggio n. 139, 19124 La Spezia.