DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEI TURNI VACANTI

➢ **ASL BENEVENTO**

Via Oderisio, 1 - 82100 BENEVENTO
gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it

Il/La sottoscritt_ **dott.** _____ _____
(Cognome) *(Nome)*

nato il _____a _____ ,

residente in Via _____ CAP_____ Città _____ (__)

laureato in _____ il _____ iscritto all'Ordine dei/degli _____prov. __ dal _____

specializzato in _____ in data _____ presso _____

telefoni: casa _____ cellulare _____

PEC _____ E-mail _____ **chiede**

di concorrere all'assegnazione dei turni vacanti del **I trimestre 2026**, per la branca di _____
presso il Distretto Sanitario di _____

A tal fine dichiara di trovarsi in una delle sottoindicate posizioni, previste dell'art. 21, dell'A.C.N. (2022-2024)

☐ **a)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella provincia di Benevento (dal _____), attualmente espletato presso _____ per n. ___ ore totali, con anzianità d'incarico datata _____ (riferita al primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità), branca _____.

☐ **b)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante con anzianità d'incarico _____ attualmente espletato presso _____ per n. _____ ore totali nella branca di _____.

☐ **c)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante con anzianità d'incarico _____, attualmente espletato presso _____ per n. ___ ore totali, branca _____.

☐ **d)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico attualmente espletato nella branca di _____ e _____, che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico.

☐ **e)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato c/o _____ nella branca di _____ con anzianità d'incarico _____, che chiede il passaggio nella branca di _____.

☐ **f)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato, presso _____ per n. ___ ore totali, che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1, branca _____ .

☐ **g)** Specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____ per n. ___ ore totali, nella branca di _____.

☐ **h)** Specialista iscritto nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN della provincia di Benevento, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti ___° trimestre 202__, al posto n. **_____.**

☐ **i)** Specialista non inserito nelle graduatorie disponibile a ricoprire incarichi.

☐ **j)** MMG ☐, PLS ☐, Medico dipendente SSN ☐, Medico di Continuità assistenziale ☐, dal _____ presso _____, che intende transitare a un incarico specialistico, previa rinuncia al rapporto in corso.

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200, conferma la veridicità di tutto quanto sopra dichiarato. Per l'/gli incarico/chi in atto, di cui ne chiede il trasferimento, conferma che per gli stessi, ai sensi dell'art. 21, comma 5 ACN, ha maturato un'anzianità di 18 mesi alla data di scadenza dei termini per la presentazione della presente domanda.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
Prot. n.	***Data***

	Inviata nei termini
	con documento d'identità

Allega: **1)** fotocopia del documento di riconoscimento e **2)** (solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza): l'elenco sottoscritto dei documenti presentati (su foglio a parte). (NON ALLEGARE Curriculum, Pubblicazioni, Master, Diplomi, Partecipazioni a corsi, ecc). Il plico è composto da n. _____ fogli (compreso questo).

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso di pubblicazione, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e utilizzati esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Benevento, _____ ***(Firma)*** _____