

**RACCOMANDATA A.R.**

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI  
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE  
PROFESSIONALITA  
c/o A. S. L. BA - Lungomare Starita n. 6  
70123 B A R I

**Oggetto: Domanda di conferimento incarico nella branca di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(Prov. di .....) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ specializzato in \_\_\_\_\_, vista  
la pubblicazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_ chiede l'assegnazione degli  
incarichi di seguito riportati nell'ordine di preferenza:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____  |
| 2) _____ | 7) _____  |
| 3) _____ | 8) _____  |
| 4) _____ | 9) _____  |
| 5) _____ | 10) _____ |

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: (barrare con una X la risposta dovuta):

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a) di avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi Ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;   | SI | NO |
| b) di svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;   | SI | NO |
| c) di essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta e abbia concorso in una branca diversa dalla pediatria;  | SI | NO |
| d) di esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo, retribuito in misura forfetaria c/o Enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'A.C.N. vigente di settore;                              | SI | NO |
| e) di operare a qualsiasi titolo nelle Case di Cura convenzionate o accreditate con il SSN (in caso affermativa indicare la ASL di appartenenza _____);   | SI | NO |
| f) di svolgere attività fiscali per conto di AA.SS.LL.;   | SI | NO |
| g) sia titolare di rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/88 e s.m. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.;   | SI | NO |
| h) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del DPR n. 120/88 e s.m., ovvero accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.;  | SI | NO |
| i) operi a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8 ter del D.L.vo n. 229/99; | SI | NO |
| j) sia titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del DPR n. 292/87 e s.m. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.  | SI | NO |

Il sottoscritto dichiara altresì:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • di svolgere esclusivamente attività ambulatoriale   | SI | NO |
| • di essere titolare in altro ambito zonale (.....)   | SI | NO |
| • di essere titolare di pensione erogata da .....   | SI | NO |
| • di essere Dirigente Medico ospedaliero (specificare la struttura e la ASL di appartenenza ..... | SI | NO |

**EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O PROFESSIONISTA IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA**

---

---

---

---

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. .... CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA DICHIARATO CORRISPONDE AL VERO.

DATA .....

FIRMA (per esteso) \_\_\_\_\_

**N.B. = IL MANCATO PUNTUALE RISPETTO DELLE PROCEDURE O LA MANCATA ASSUNZIONE DELL'INCARICO NEL CONFERMARE LA DISPONIBILITA', COMPORTERANNO A CARICO DELLO SPECIALISTA/PROFESSIONISTA LA SANZIONE DELLA SOSPENSIONE PER UNO O QUATTRO TURNI TRIMESTRALI DEL DIRITTO DI PRELAZIONE EX ART. 23 DELL'A.C.N. VIGENTE – (Rif. NOTA ASSESSORILE REGIONE PUGLIA n. 24/7739/116/16 del 3 Aprile 1992)**

**EVENTUALI ALLEGATI:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_