

Dichiara, inoltre, di essere:

ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. a): *“titolare di incarico a tempo indeterminato 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; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. b): *“titolare di incarico a tempo indeterminato, 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”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. c): *“titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato 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”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. d): *“specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. e):** *“specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. f):** *“titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. g):** *“titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

- ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. h):** *“specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato”*

inserito nella **graduatoria provinciale di Trieste** per l'anno _____ nella branca di

- ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. i):** *“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 data dall'incarico”*

a) **medico di medicina generale titolare** dal _____ presso _____

b) medico pediatra di libera scelta titolare dal _____ presso _____

c) medico dipendente del SSN a tempo indeterminato dal _____ presso _____

Allega alla presente i seguenti documenti:

Eventuali ulteriori informazioni: _____

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza oppure il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Numero di telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Luogo

data

**Firma per esteso in originale
(leggibile)**

N.B.

ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.