

Al Direttore Generale
Azienda ULSS Euganea
DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Oggetto: Disponibilità al completamento dell'orario settimanale ai sensi dell'art. 20, comma 2, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 04.04.2024

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il * _____ a _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Medico Specialista Ambulatoriale Interno, branca di _____

Veterinario, branca di _____

Professionista Psicologo, disciplina di _____

Titolare, ai sensi dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie del 04.04.2024., di incarichi a

indeterminato per n. _____ ore settimanali totali*, di cui:

* n. _____ ore settimanali presso la nostra AULSS n. 6 Euganea dal * _____

n. _____ ore settimanali presso la AULSS n. _____ dal _____

n. _____ ore settimanali presso la AULSS n. _____ dal _____

n. _____ ore settimanali presso la AULSS n. _____ dal _____

(Inserire tutti gli incarichi di cui si è titolare a tempo indeterminato ai sensi del vigente accordo)

*e di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto ACN la seguente anzianità di servizio _____

Dichiara:

di essere disponibile al completamento orario in quanto non massimalista

di NON essere disponibile al completamento orario proposto

Dichiara, inoltre:

Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 4, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 04.04.2024., le ore saranno assegnate, anche mediante frazionamento, con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico nell'Azienda che attiva le procedure; a parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.

Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 20, comma 5, dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie del 04.04.2024., allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento orario, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'art. 45 (Indennità di disponibilità), fino all'accettazione di ampliamento orario o ad una successiva assegnazione ai sensi dell' art. 21

ACN Medici SAI.

*Data, _____

* Firma _____

*** Dati obbligatori**

La presente disponibilità deve essere inoltrata alla U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale secondo una delle seguenti modalità:

- **presentazione a mano** in busta chiusa indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda ULSS 6, Via E. degli Scrovegni, 14 - 35131 PADOVA specificando sul frontespizio della busta l'avviso per il quale si è inoltrata la domanda e la dicitura "PER DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Ufficio Medicina Convenzionata". L'orario di apertura dell'Ufficio Protocollo è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8,30 - 13.00 - 14.30 - 17.00 venerdì 8.30 - 14.00.
- **spedizione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento** *al Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 6 – Casella postale Aperta 35122 Padova Centro*. In tal caso fa fede la data di spedizione comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante. Sul frontespizio della busta, oltre al mittente si deve indicare il numero dell'avviso per il quale si è inoltrata la domanda, e la dicitura "PER DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE – Ufficio Medicina Convenzionata"
- **a mezzo pec** al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) aziendale: **protocollo.aulss6@pecveneto.it**.