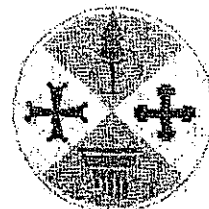




AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

PROV. N. 69419
DEL 19/06/2

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Comitato Consultivo Zonale

**Avviso mobilità intraziendale e/o completamento orario Art.
20 comma 1 ACN per gli Specialisti Ambulatoriali Interni**

Il Comitato Consultivo Zonale rende noto che si sono rese libere le seguenti ore di specialistica Ambulatoriale:

- n. 3 ore di Endocrinologia, presso il PST di Lamezia Terme.
- N. 32 ore di Psicologia di cui:
 - n. 14 ore presso CSM di Girifalco
 - n. 12 ore presso CSM di Catanzaro
 - n. 6 ore presso I.P.M. Di Catanzaro

Gli Specialisti interessati alla mobilità e/o completamento orario possono comunicare la propria disponibilità, entro 10 gg dalla data di pubblicazione del presente avviso, compilando la modulistica allegata ed inviandola al seguente indirizzo:

comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

Il Segretario

C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente

Dott. Antonio Battistini



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

U.O. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

**ACCETTAZIONE INCARICO QUALE COMPLETAMENTO AI SENSI
DELL'ART. 20 A.C.N. - SPECIALISTICA AMBULATORIALE VIGENTE**

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara:

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente in _____ (prov. _____) in _____

via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____; Tel. _____

Cell. _____; Mail _____

PEC _____

ACCETTA

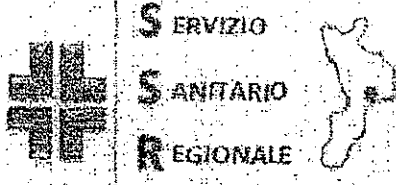
l'incarico nella branca _____ per ore _____

presso la sede _____ con decorrenza dal _____

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, avendo presa

visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", così come integrato dal D. Lgs 10/08/2018 n. 101, recanti disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Reg. UE 2016/679, rilascia autorizzazione al trattamento dei dati personali e accetta il presente incarico alle condizioni contenute nella presente comunicazione ed a tutte le altre previste dalla vigente normativa di settore sui rapporti tra medici e Aziende ASP, di cui dichiara di aver preso visione e conoscenza.

Ricevuta per accettazione e firma _____ data _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

U.O. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

**ACCETTAZIONE CONFERIMENTO INCARICO PER MOBILITA'
INTERAZIENDALE ART. 30 COMMA 6 A.C.N. - SPECIALISTICA
AMBULATORIALE VIGENTE**

Dichiarazione rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara:

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente in _____ (prov. _____) in

via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____, Tel. _____

Cell. _____; Mail _____

PEC _____

Specialista a tempo indeterminato nella branca di _____ per nr. ore _____

ACCETTA

incarico per mobilità interaziendale ai sensi dell'art. 30 comma 6, dalla sede di _____ per
nr. ore _____ a tempo indeterminato, alla sede di _____ per nr. ore _____ con
decorrenza dal _____

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, avendo presa
visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di
protezione dei dati personali", così come integrato dal D. Lgs. 10/08/2018 n. 101, recanti disposizioni per
l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Reg. UE 2016/679, rilascia autorizzazione al
trattamento dei dati personali e accetto il presente incarico alle condizioni contenute nella presente
comunicazione ed a tutte le altre previste dalla vigente normativa di settore sui rapporti tra medici e Aziende
ASP, di cui dichiara di aver preso visione e conoscenza.
Ricevuta per accettazione e firma _____ data _____

U.O. Gestione Personale Convenzionato - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, Via Vinicio Cortese, 25
Tel/fax. 0961.7033297 - 88100 Catanzaro - Pec: gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it