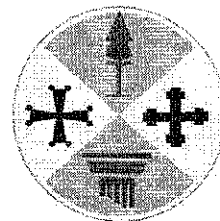


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Comitato Consultivo Zonale

AVVISO URGENTE DISPONIBILITA' ORE - TEMPO DETERMINATO - BRANCA DI PNEUMOLOGIA

SI RENDE NOTO

Che, nelle more della pubblicazione delle ore a tempo indeterminato che avverrà il 1° marzo c.a, è disponibile presso la Casa Circondariale di Catanzaro, **un incarico a tempo determinato della durata di mesi 3, nella branca di Pneumologia per n. 38 ore settimanali.**

Considerata l'urgenza, gli aspiranti all'incarico dovranno inoltrare domanda, **entro e non oltre mercoledì 7 c.m** al seguente indirizzo pec:

comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

Si allega al presente avviso modello di domanda di partecipazione.

D'ordine dell'Ufficio di Presidenza

Il Segretario

C.A.P. Lina Pavone

ASP Catanzaro
Protocollo Generale
N. 0013968 del 02/02/2024



* 0 0 0 7 8 9 5 6 4 7 *

Marca da bollo

**Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
ASP Catanzaro**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO A TEMPO DETERMINATO
BRANCA DI PNEUMOLOGIA**

Il/La Sottoscritto/a Dr. D.ssa _____ nato/a _____

Il _____ residente a _____

(specificare località indirizzo) _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo PEC (obbligatorio leggibile) _____

Specializzazione in _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti di cui all'avviso n. _____

del _____

o **MEDICINA SPECIALISTICA BRANCA** _____

e in modo specifico per n. _____ ore settimanali da espletare presso _____

AI FNI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE AI SENSI DELL'ART. 21 ACN 31/03/2020 DICHIARA DI ESSERE

1 Titolare di rapporto convenzionale con il SSN a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 31 marzo 2020, art. 21, comma 2 con decorrenza dal _____

- Lett. a) titolare che svolge, in via esclusiva nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente accordo nell'ambito in cui è pubblicato il turno h settimanali _____ ASL _____
- Lett. b) titolare che svolge esclusivamente attività regolamentata dal presente accordo in diverso ambito zonale della regione o di altre regioni confinanti; titolari di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN della regione o di altre regioni confinanti. H settimanali _____ ASL _____
- Lett. c) titolari in ambito zonale di regione non confinante o 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 nell'ambito di regione non confinante h settimanali _____ ASL _____
- Lett. e) titolare di branca diversa che chiede il passaggio in altra branca h settimanali _____ ASL _____
- Lett. f) titolare nello stesso ambito zonale che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28, comma 1 h settimanali _____ ASL _____
- Lett. g) titolare presso Ministero della Difesa h settimanali _____ ASL _____ limitatamente a coloro a cui si applica il presente accordo
- Lett. h) Medici specialisti, Medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato (posizione in graduatoria n. _____)
- Lett. i) Medico di Medicina generale, Medico specialista pediatra di libera scelta, Medico dipendente dal SSN che esprime 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 far data dall'incarico (specificare azienda, tipo di rapporto e decorrenza)

 I sottoscritt consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Infine ai sensi del GDPR regolamento UE 2016/679, 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.

(località)

(data)

(Firma)

Allega:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- 2) Copia tessera sanitaria

N. B. La presente istanza deve essere presentata con marca da bollo.