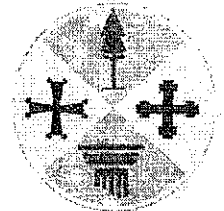




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Comitato Consultivo Zonale

PEC - 35822
21-03-2024

AVVISO PUBBLICO

Predisposizione graduatoria annuale di disponibilità ad incarichi provvisori, a tempo determinato e/o sostituzioni, di cui all'art. 19 comma 12 del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie.

Gli interessati potranno esprimere la propria disponibilità ad essere iscritti nella graduatoria, entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente avviso, inoltrando domanda via PEC al seguente indirizzo di posta elettronica:
comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

Documentazione da allegare:

- Domanda di partecipazione
- Dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000
- Fotocopia documento di identità

Il Segretario

C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente

Dott. Antonio Battistini



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

PREDISPOSIZIONE GRADUATORIE AZIENDALI DI CUI AL CAPO IV, ART. 19 COMMA 12 DEL VIGENTE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI APPROVATO IN DATA 30 MARZO 2021.

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Al Presidente Comitato Consultivo Zonale

PEC: comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

_____ sottoscritto _____, nat a _____
(prov. _____) il _____ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
Indirizzo _____ n _____ Cap _____
Telefono _____ PEC _____ (leggibile)

CHIEDE

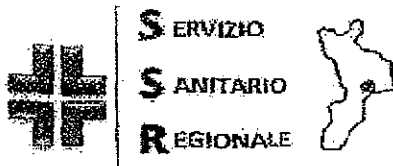
Di essere incluso nella graduatoria di disponibilità aziendale ai sensi dell'art. 19 comma 12, per la predisposizione di graduatorie di specialisti. Veterinari e professionisti, distinte per branca di cui all'Allegato 2, del vigente Accordo, e disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione

- Medici specialisti ed odontoiatri: branca di _____
- Medici veterinari – AREA A B C
- Biologi
- Chimici
- Professionisti psicologi
- Professionisti psicoterapeuti

A tai fine acclude alla presente, autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Data _____

Firma per esteso _____



Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO



REGIONE CALABRIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto... nato a... (prov...) il... codice fiscale... Comune di residenza... prov... indirizzo... n... CAP... PEC... (leggibile)*.

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)...
di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia);
diploma di laurea con voto.../110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di... in data.../.../...;
laurea specialistica/magistrale con voto.../100 senza lode con lode conseguita presso l'Università di... in data.../.../...;
di essere abilitato all'esercizio della professione di... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione... presso l'Università di...;
di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di... dal...;
di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il.../.../... presso
l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il.../.../... presso
l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il.../.../... presso

- di essere titolare di incarico a tempo
- di non essere titolare di incarico;
- di non essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020;
- di essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020 con punti_____;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

Indicare con precisione i dati richiesti, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000).

NOTE _____

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allegare, documento di identità in corso di validità

Data.....

Firma per esteso.....