

PROT. N. 66674 DEL 04/06/2024

AVVISO

**PUBBLICAZIONE ORE DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
TEMPO INDETERMINATO**

II° TRIMESTRE 2024

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

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	CATANZARO	38 ORE	CURE PALLIATIVE CZ LIDO
CHIRURGIA GENERALE	LAMEZIA TERME	12 ORE	N. 6 ORE PST NOCERA TERINESE N. 6 ORE PST SOVERIA MANNELLI
AUDIOLOGIA	CATANZARO SOVERATO	14 ORE	N. 4 ORE PST CATANZARO N. 5 ORE PST SOVERATO N. 5 ORE PST CHIARAVALLE
DERMATOLOGIA	CATANZARO	10 ORE	N. 6 ORE PST SERSALE N. 4 ORE SANITA' PENITENZIARIA
PSICHIATRIA	CATANZARO	31 ORE	N. 31 ORE SANITA' PENITENZIARIA
RADIOLOGIA CON COMPETENZE ECOGRAFICHE	CATANZARO	8 ORE	N. 8 ORE SANITA' PENITENZIARIA
UROLOGIA	CATANZARO	N. 4 ORE	N. 4 ORE SANITA' PENITENZIARIA
REUMATOLOGIA	CATANZARO LAMEZIA TERME SOVERTAO	38 ORE	N. 8 ORE PST CATANZARO N. 0 ORE PST BOTRICELLO N. 14 ORE PST LAMEZIA TERME N. 6 ORE PST SOVERATO N. 3 ORE PST GIRIFALCO N. 3 ORE PST CHIARAVALLE
GERIATRIA	CATANZARO	N. 10 ORE	N. 4 ORE PST BOTRICELLO N. 6 ORE PST SERSALE

L'assegnazione delle ore seguirà i criteri previsti dall'art. 21 dell'ACN vigente per la medicina specialistica.

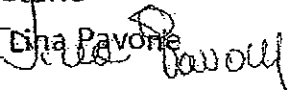
Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro e non oltre 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, al seguente indirizzo:

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega modello di domanda di partecipazione.

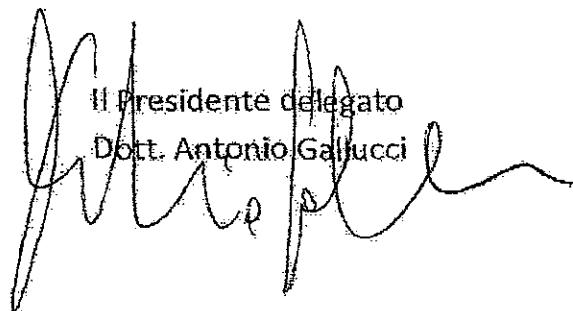
Il segretario

C.A.P. Eina Pavone



Il Presidente delegato

Dott. Antonio Gallucci



Marca da bollo 16 €

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
ASP Catanzaro

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO II° TRIMESTRE 2024**

ACN 4 aprile 2024 e s.m.i.

Dichiarazione ai sensi del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

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 _____

MEDICINA SPECIALISTICA BRANCA

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

AI FINI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE AI SENSI DELL'ART. 21 ACN 07/02/2024 DICHIARA DI ESSERE

- 1 Titolare di rapporto convenzionale con il SSN a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 4 aprile 2024, 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)

 1 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.

In fine 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.