

Proc. Gov. n. 18229  
del 13/02/2024

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER ACQUISIRE LA DISPONIBILITA' A RICOPRIRE UN INCARICO PROVVISORIO PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Rilevata la necessità di dover conferire un incarico provvisorio di Medico Pediatra nel Distretto Socio Sanitario di Lamezia Terme per come evidenziato e richiesto dal Comitato Aziendale Provinciale per la Pediatria nella seduta del 01.01.2024

### SI DISPONE AVVISO

Per acquisire la disponibilità a ricoprire un incarico provvisorio nel D.S.S. di Lamezia Terme di Medici in possesso della specialità in pediatria di libera scelta.

L'accettazione dell'incarico vincola il Medico all'integrale osservanza ed applicazione delle disposizioni dettate dall'A.C.N. vigente.

Si precisa che l'incarico provvisorio avrà validità temporanea e, comunque, sino al conferimento dell'incarico al titolare della zona carente in oggetto.

Ai fini del conferimento dell'incarico provvisorio, il Medico incaricato è tenuto a rimuovere tutte le eventuali circostanze che danno luogo all'incompatibilità ai sensi dell'art. 20 A.C.N. per la Pediatria di Famiglia del 28.04.2022.

In caso di dichiarazioni non veritiere, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, i partecipanti all'avviso decadono dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle stesse dichiarazioni.

Le domande di partecipazione all'avviso (in bollo) dovranno essere formulate mediante il fac simile allegato e trasmesso via posta elettronica certificata entro e non oltre le ore 12:00 di giorno 20 febbraio 2024 al seguente indirizzo: [gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it](mailto:gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it)

Non si terrà conto della domanda che saranno recapitate successivamente al termine *infra assegnato*, per qualunque causa.

E' onere del Medico partecipante assicurarsi della regolarità dell'invio della Pec.

L'Assistente Amministrativo  
Dott. Salvatore Megna

Il Responsabile dell'U.O. GPC  
Dott. Andrea Cosco





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

di NON AVERE  di AVERE SUBITO provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN vigente (in caso affermativo specificare tipologia sanzione) \_\_\_\_\_ periodo di riferimento \_\_\_\_\_ e l'ASP che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_);

di **IMPEGNARSI** a comunicare tempestivamente radiazioni e/o provvedimenti sospensivi del rapporto convenzionale qualora intervenissero successivamente alla trasmissione della presente domanda;

di aver preso visione dell'informativa sottostante in materia di privacy e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del regolamento europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare al D. Lgs. n. 196/2003 e il D.Lgs n. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

**Dichiara altresì**

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
    - data e ora di emissione \_\_\_\_\_;
    - IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_;
  2. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
  3. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;
- Indicare eventuale recapito diverso dalla residenza per ogni comunicazione da parte dell'ufficio:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per esteso \_\_\_\_\_