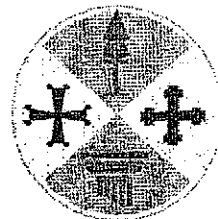




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

PROT. N. 002528f
DEL 3/3/23

Comitato Consultivo Zonale

PUBBLICAZIONE ORE SETTIMANALI DISPONIBILI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - 1°
TRIMESTRE 2023-

AVVISO

Il Comitato Consultivo Zonale per la medicina specialistica rende noto che sono disponibili le seguenti ore di specialistica ambulatoriale:

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
CARDIOLOGIA	CATANZARO	32 ORE	14 CASA CIRC 12 PST SERSALE 2 IPM 4 PST BOTRICELLO
"	SOVERATO	18 ORE	6 PST BADOLATO 6 PST GIRIFALCO 6 PST SQUILLACE
"	LAMEZIA TERME	30 ORE	6 PST MAIDA 6 PST NOCERA TERINESE 18 PST LAMEZIA TERME
GERIATRIA	CATANZARO	4 ORE	4 ORE PST TAVERNA
"	SOVERATO	7 ORE	2 ORE F.C.I. SOVERATO 5 ORE PST BADOLATO
"	LAMEZIA TERME	30 ORE	21 ORE UVT LAMEZIA TERME 9 ORE PST LAMEZIA
REUMATOLOGIA	POLT	38 ORE	38 ORE POLT
MEDICINA LEGALE	CATANZARO	15 ORE	15 ORE U.O MEDICINA LEGALE
PSICHIATRIA	CATANZARO	23 ORE	1 ORA CASA CIRCONDARIALE. 22 ORE ATSM

L'assegnazione delle ore, seguirà i criteri dell'ACN vigente

Le domande dovranno pervenire, entro 15 giorni dalla data di pubblicazione, tramite PEC al seguente indirizzo:

comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

Si allega alla presente modello per la domanda di partecipazione.

Il Segretario
C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente
Dr. Vincenzo Spaziante

Marca da bollo 16 €

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI III° TRIMESTRE 2022
ACN 30 Marzo 2020 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 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 30
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 d 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.

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