



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Comitato Consultivo zonale

Prot. n. 106872 del 19/08/2022

Spett. Le Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati
Via Barberini, 47 - 00187 Roma

PEC segreteria@pec.sisac.info

Al Direttore Generale

Dr .ssa Fantozzi

Dipartimento Tutela della Salute e delle Politiche Sanitarie

Alla Dott.ssa Fersini Giuseppina
Dirigente Settore n. 5

Medicina Convenzionata -

Dipartimento Tutela Della Salute e delle

Continuità
Politiche Sanitarie

Assistenziale

Oggetto: Rettifica avviso prot. n. 106650 del 18/08/2022

A rettifica dell'avviso prot. n. 106650 pubblicato in data 18 c, m, , si comunica che la data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione, è di 20 giorni a decorrere dalla pubblicazione sul sito della SISAC, evidente sul portale della Regione Calabria - Dipartimento Tutela della salute e delle Politiche sanitarie, e non di 30 giorni per come erroneamente trascritto.
Si allega inoltre modello di domanda di partecipazione.

Il Segretario

C.A.P. Lina Pavone

Marca da bollo 16,00 €

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ACN 31 MARZO 2020 e s.m.i. art. 20

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

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

Il _____ residente in _____

(specificare località, indirizzo) _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo PEC (obbligatorio-leggibile) _____

Specializzato/a 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 31/03/2020, DICHIARA DI ESSERE:

1. titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. a tempo indeterminato ai sensi dell'A.C.N. 31 MARZO 2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal _____
- lett. a) (titolare che svolga, 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. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. b) (titolare che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante nell'ambito della stessa regione o regione confinante)
h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. c) (titolare 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. sett.li _____ A.S.L. _____

o lett. e) Titolare in branca diversa che chiede a passaggio in altra branca
h.sett.li _____ ASL _____

o lett. f) Titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28 comma 1

h. sett.li. _____ ASL _____

h. sett.li. _____ ASL _____

h. sett.li. _____ ASL _____

o lett. g) titolare c/o Ministero della Difesa h. sett.li. _____ ASL _____
limitatamente a coloro a cui si applica il presente accordo

o lett h) medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell' A.C.N 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 ° _____)

o lett. l) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione dalla branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico. (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza).

o Possono presentare domanda tutti gli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti nelle branche indicate, in subordine nelle branche equipollenti e in subordine nelle branche affini.

____ I _____ sottoscritto, 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, al sensi dei 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:

- A. Copia di documento di riconoscimento in corso di validità**
- B. Copia tessera sanitaria**