

COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

PUBBLICAZIONE INCARICO A TEMPO DETERMINATO

Art. 22 comma 1 ACN - SAI

RETTIFICA AVVISO PROT. N. 36850 DEL 17/03/2025

Il Comitato Consultivo Zonale rende noto che con avviso prot. n. 36850/2025, sono state erroneamente pubblicate ore riferite ad incarico provvisorio anziché a tempo **determinato** come correttamente dovevasi.

Si ripubblicano le seguenti ore per la durata di mesi 3 eventualmente rinnovabile.

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
OCULISTICA	CATANZARO	N. 10 ORE	4 ORE PST TAVERNA
	SOVERATO	N. 6 ORE	6 ORE PST SOVERATO
	LAMEZIA TERME	N. 12 ORE	6 ORE PST NOCERA TERINESE 6 ORE PST SOVERIA MANNELLI

L'assegnazione dell'incarico seguirà i criteri previsti dall'art. 22 dell'ACN vigente.

Le domande dovranno pervenire entro 10 giorni dalla data di pubblicazione, al seguente indirizzo di posta elettronica:

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega domanda di partecipazione.

Il Segretario
[Signature]

Il Presidente
[Signature]
Regione Calabria - ASP Catanzaro
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio Gallucci

Marca da bollo 16 €

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
ASP Catanzaro

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO A TEMPO DETERMINATO BRANCA DI OCULISTICA
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 di incarico a tempo determinato per mesi tre, nella branca
di OCULISTICA

AI FINI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE DICHIARA

DI ESSERE in possesso di laurea conseguito presso _____

in data _____ voto _____

DI ESSERE in possesso della specializzazione in _____ conseguita in

data _____ presso _____ voto _____

DI ESSERE iscritto all'Albo Professionale dei _____ della Provincia

di _____ dal _____

Di essere iscritto nella graduatoria dei medici Specialisti ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro valida per l'anno 2024 per la branca di MEDICINA OCULISTICA nella posizione n. _____

SPECIALISTA non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro, disponibile a ricoprire l'incarico ed in possesso dei requisiti previsti dal vigente ACN e s.m.i.

 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