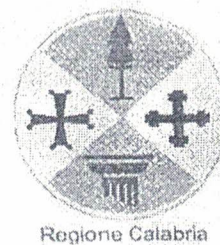


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO

SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie
Comitato Consultivo Zonale

AVVISO
PUBBLICAZIONE INCARICO PROVVISORIO

Art. 23 ACN vigente

Il Comitato Consultivo Zonale pubblica un incarico provvisorio nella branca di Neurologia, della durata di mesi 3, eventualmente rinnovabile.

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
NEUROLOGIA	CATANZARO SOVERATO	20 ORE	N. 6 ORE PST SERSALE
			N. 5 ORE PST BADOLATO
			N. 3 ORE PST CHIARAVALLE
			N. 6 ORE PST GIRIFALCO

L'assegnazione dell'incarico seguirà i criteri previsti dall'art. 23 dell'ACN vigente.

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

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega modello domanda di partecipazione.

Il Segretario

C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente

Dot. Antonio Gallucci

Marca da bollo 16 €

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
ASP Catanzaro
protocollo@pec.asp.cz.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO PROVVISORIO
BRANCA DI NEUROLOGIA
ART. 23 ACN vigente

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 PROVVISORIO per mesi tre, nella branca di

AI FNI 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 2026 per la branca di _____ 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.

___l___ 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.

(località)

(data)

(Firma)

Allega:

- 1) Copia documento di riconoscimento in corso di validità.