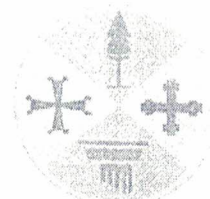


SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

PUBBLICAZIONE ORE DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TEMPO INDETERMINATO II° TRIMESTRE 2026

Il comitato Consultivo Zonale rende noto che si sono rese vacanti le seguenti ore di specialistica ambulatoriale:

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
RADIOLOGIA	Catanzaro	38 ore	N. 20 ore Istit. Penitenziario
	Soverato		N. 18 ore REMS Girifalco
REUMATOLOGIA	Lamezia Terme	14 ore	N. 14 ore PST Lamezia Terme
NEUROLOGIA	Catanzaro	20 ore	N. 6 ore PST Sersale
	Soverato		N. 5 ore Pst Badolato N. 13 ore PST Chiaravalle N. 6 PST Girifalco
ORTOPEDIA	Catanzaro	9 ore	N. 2 ore PST Sersale N. 2 ore PST Botricello N. 5 ore PST Tiriolo
GASTROENTEROLOGIA	Lamezia Terme	31 ore	N. 10 ore POLT
	Soverato		N. 5 ore PST Soverato N. 5 ore Chiaravalle N. 11 ore PST Squillace

MEDICINA DELLO SPORT	Lamezia Terme Catanzaro	N. 38 ore	N. 12 ore POLT N. 26 ore Dipartimento di Prevenzione
NEFROLOGIA	Soverato	N. 34 ore	N. 34 ore P.O. di Soverato
PSICOLOGIA	Catanzaro	N. 24 ore	N. 14 ore SERD CZ N. 10 ore Ist. Penitenziario
CARDIOLOGIA	Soverato	N. 18 ore	N. 18 ore REMS Girifalco

L'assegnazione delle ore seguirà i criteri previsti dall'art. 21 dell'ACN per la medicina specialistica.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro e non oltre 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, tramite pec, al seguente indirizzo:

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega modello domanda di partecipazione.

Si precisa che per le branche di Radiologia e Cardiologia, il conferimento dell'incarico è subordinato all'effettiva apertura e operatività della struttura di assegnazione (REMS)

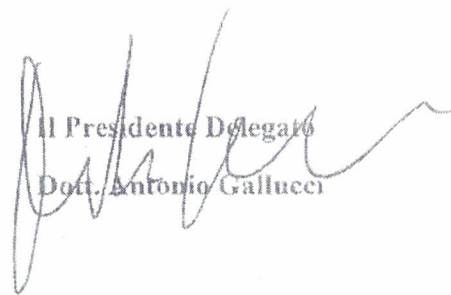
Il segretario

C.A.P. Lina Pavone



Il Presidente Delegato

Dott. Antonio Gallucci



Marca da bollo

Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro
Comitato Zonale

protocollo@pec.asp.cz.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO II° TRIMESTRE 2026**

ACN del 4 aprile 2024 e s.m.i.

Dichiarazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 da presentare unitamente a 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

- ☐ 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 d'incarico a tempo indeterminato 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 d'incarico a tempo indeterminato 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) Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;
- Lett. j) 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

N. B. La presente istanza deve essere presentata con marca da bollo.