

COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

PUBBLICAZIONE ORE DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TEMPO INDETERMINATO

III° TRIMESTRE 2024

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

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
CURE PALLIATIVE O SPECIALIZZAZIONI DI CUI ALL'ALLEGATO N. 2 DELL'ACN VIGENTE	CATANZARO	14 ORE	N. 14 ORE PST CZ. LIDO
DERMATOLOGIA	CATANZARO	10 ORE	N. 6 ORE PST SERSALE N. 4 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LAMEZIA TERME	12 ORE	N. 12 ORE UVT LAMEZIA TERME
PSICHIATRIA	CATANZARO	31 ORE	N. 31 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO
PSICOLOGIA	CATANZASRO	38 ORE	N. 10 ORE IST. PENITEZIARIO N. 28 ORE ATSM
REUMATOLOGIA	SOVERATO	6 ORE	N. 3 ORE PST GIRIFALCO N. 3 ORE PST CHIARAVALLE
ENDOCRINOLOGIA	LAMEZIA TERME	7 ORE	N. 7 ORE PST SOVERIA MANNELLI

RADIOLOGIA CON COMPETENZE ECOGRAFICHE E MAMMOGRAFICHE	CATANZARO	26 ORE	N. 20 ORE PST CZ LIDO
			N. 6 ORE PSTA SERSALE

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 di domanda di partecipazione.

Il Segretario
C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente Delegato
Dr. Antonio Gallucci

Marca da bollo

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO II° TRIMESTRE 2024
ACN 7 febbraio 2024**

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

- 1 Titolare di rapporto convenzionale con il SSN a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 7 febbraio 2024, 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. d) 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) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;
- 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)

__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.

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 al seguente indirizzo:
protocollo@pec.asp.cz.it.