

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Aziendale

RUP Pubblicazione Portale

Dott.ssa Marilena Adamo

Oggetto: Richiesta pubblicazione avviso prot. n. 32014 del 06/03/2025.

Si trasmette in allegato, il file contenente le ore di specialistica ambulatoriale da pubblicare per il I° trimestre 2025.

Il Segretario

C.A.R. Lina Pavone





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

PUBBLICAZIONE ORE DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE TEMPO INDETERMINATO I° TRIMESTRE 2025

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
GINECOLOGIA	CATANZARO	6 ORE	N. 6 ORE PST TAVERNA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LAMEZIA TERME	20 ORE	N. 12 ORE UVT LAMEZIA TERME
PSICHIATRIA	CATANZARO	13 ORE	N. 13 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO
PSICOLOGIA	CATANZARO	5 ORE	N. 5 ORE COMUNITA' MINISTERIALE
REUMATOLOGIA	SOVERATO CATANZARO	20 ORE	N. 3 ORE PST GIRIFALCO N. 3 ORE PST CHIARAVALLE N. 6 ORE PST SOVERATO N. 4 ORE PST BOTRICELLO N. 4 ORE PST CATANZARO



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Asp Catanzaro - Protocollo Generale n. 32014 del 06/03/2025 - 06/03/2025 13:49:32

CARDIOLOGIA	SOVERATO	38 ORE	N. 20 ORE REMS GIRIFALCO N. 6 ORE PST SOVERATO N. 6 ORE PST SQUILLACE N. 6 ORE PST BADOLATO
RADIOLOGIA CON COMPETENZE ECOGRAFICHE E MAMMOGRAFICHE	CATANZARO	84 ORE	N. 20 ORE PST CZ LIDO N. 6 ORE PST SERSALE N. 20 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO N. 38 ORE REMS
ORL	CATANZARO SOVERATO	20 ORE	N. 6 ORE PST TAVERNA N. 6 ORE PST SERSALE N. 3 ORE PST SQUILLACE N. 3 ORE PST GIRIFALCO N. 2 ORE PST SOVERATO
NEFROLOGIA E DIALISI	SOVERATO	26 ORE	N. 26 ORE STRUTTURA SEMPLICE DIP NEFROLOGIA E DIALISI P.O. SOVERATO

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.F. 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 1° TRIMESTRE 2025**

ACN 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 _____

- 1 Titolare di rapporto convenzionale con il SSN a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 4 Aprile 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 di 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 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) 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.