



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 III° TRIMESTRE 2026

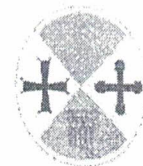
Il Comitato Consultivo Zonale rende noto che si sono rese vacanti le seguenti ore di Specialistica ambulatoriale:

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
RADIOLOGIA	CATANZARO	20 ORE	N. 20 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO
REUMATOLOGIA	LAMEZIA TERME	14 ORE	N. 14 ORE PST LAMEZIA TERME
ORTOPEDIA	CATANZARO	27 ORE	N. 5 ORE PST TIRIOLO N. 2 ORE SERSALE N. 20 ORE INAIL CATANZARO
NEUROLOGIA	CATANZARO SOVERATO LAMEZIA TERME	58 ORE	N. 8 PST CATANZARO LIDO N. 6 ORE PST TIRIOLO ALTERNATO CON PST BOTRICELLO N. 6 ORE PST SERSALE N. 6 ORE PST BORGIA N. 2 ORE PST SOVERATO N. 5 ORE PST BADOLATO N. 3 ORE CHIARAVALLE N. 6 ORE PST GIRIFALCO N.16 ORE PST LAMEZIA TERME



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

GASTROENTEROLOGIA	LAMEZIA TERME SOVERATO	31 ORE	N. 5 ORE POLT N. 5 ORE PST SOVERATO N. 5 ORE CHIARAVALLE N. 11 ORE PST SQUILLACE
PNEUMOLOGIA	LAMEZIA TERME	27 ORE	N. 13 ORE POLT N. 10 ORE INAIL DI LAMEZIA TERME N. 4 ORE PST BOTRICELLO
ORL	SOVERATO CATANZARO	20 ORE	N. 4 ORE PST SOVERATO N. 6 ORE CHIARAVALLE N. 10 ORE IST. PENTITENZIARIO
CHIRURGIA VASCOLARE	CATANZARO LAMEZIA TERME	20 ORE	N. 10 ORE PST CATANZARO N. 10 ORE PST LAMEZIA TERME

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

**Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro
Comitato Zonale**

protocollo@pec.asp.cz.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO III° 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)

__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.