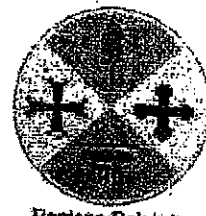




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



*Dipartimento Tutela della Salute
& Politiche Sanitarie*

COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

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

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

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
GINECOLOGIA	CATANZARO	6 ORE	PST TAVERNA
PSICHIATRIA	CATANZARO	38 ORE	ISTITUTO PENITENZIARIO
CARDIOLOGIA	SOVERATO	38 ORE	REMS GIRIFALCO
REUMATOLOGIA	LAMEZIA TERME	17 ORE	DISTRETTO LAMEZIA T.
	CATANZARO	8 ORE	4 ORE PST BOTRICELLO 4 ORE PST CATANZARO
AUDIOLOGIA	SOVERATO	22 ORE	SOVERATO
ORL	CATANZARO-SOVERATO	24 ORE	6 ORE PST TAVERNA 6 ORE PST SERSALE 4 ORE PST TIRIOLO 3 ORE PST SQUILLACE 3 ORE PST GIRIFALCO 2 ORE PST SOVERATO
RADIOLOGIA	CATANZARO	58 ORE	N.6 ORE PST SERSALE N.20 ORE ISTITUTO PENITENZIARIO N. 20 ORE REMS GIRIFALCO N. 12 ORE CHIARAVALLE

Chiriac

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

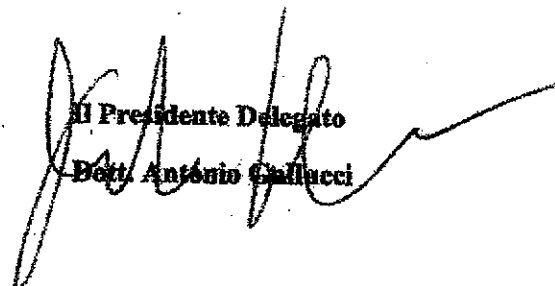
Le domande di partecipazione, dovranno pervenire entro e non oltre 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, tramite pec, al seguente indirizzo:

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega modello di domanda di partecipazione.

Il segretario

C.A.P. 


Il Presidente Delegato

Dott. Antonio Gallucci

Marca da bollo
€ 16,00

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE TEMPO INDETERMINATO II° TRIMESTRE 2025**

ART. 23 acn DEL 4 Aprile 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 di cui all'avviso n. _____ del

MEDICINA SPECIALISTICA BRANCA _____

e in modo particolare per n. _____ ore settimanali da espletare presso _____

AI FINI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE AI SENSI DELL'ART. 21 ACN 4 aprile 2024 DICHIARA

- 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) titolare 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.