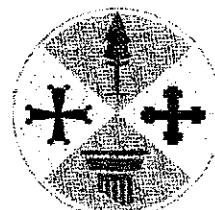


Nota prot.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Regione Calabria

11:00:41
24/10/2025
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AVVISO DINAMICO

Predisposizione graduatoria di disponibilità ad incarichi provvisori , a tempo determinato e sostituzioni.

Si comunica che gli interessati potranno esprimere la propria disponibilità, inoltrando domanda via pec, precisando che l'avviso non ha scadenza per l'inoltro della domanda.

La graduatoria verrà aggiornata mensilmente e pubblicata sulla pagina del Comitato.

Documentazione da allegare:

Domanda di partecipazione;

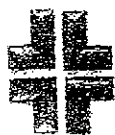
Dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000;

Fotocopia documento d'identità

Indirizzo pec: protocollo@pec.asp.cz.it

Il segretario

C.A.P. Lina Pavone



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

PREDISPOSIZIONE GRADUATORIE AZIENDALI DI CUI AL CAPO IV, ART. 19 COMMA 12 DEL VIGENTE
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI
AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI,
CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI.

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
Al Presidente Comitato Consultivo Zonale

_____ sottoscritto _____, nat _____ a _____
(prov. _____) il _____ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
Indirizzo _____ n _____ Cap _____
Telefono _____ PEC _____ (leggibile)

CHIEDE

Di essere incluso nella graduatoria di disponibilità aziendale ai sensi dell'art. 19 comma 12, per la predisposizione di graduatorie di specialisti Veterinari e professionisti, distinte per branca di cui all'Allegato 2, del vigente Accordo, e disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione

- ☐ Medici specialisti ed odontoiatri: branca di _____
- ☐ Medici veterinari - AREA ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ Biologi
- ☐ Chimici
- ☐ Professionisti psicologi
- ☐ Professionisti psicoterapeuti

A tal fine acclude alla presente, autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Data _____ Firma per esteso _____



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto..... nato a.....

(prov.....)il..... codice fiscale.....

..... Comune di residenza..... prov.....

indirizzo..... CAP.....

PEC..... (leggibile)*.

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

☐ di essere cittadino italiano;

☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare).....

☐ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in.....
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria -
medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia);

☐ diploma di laurea con voto/110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso l'Università
di..... in data...../...../.....;

☐ laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita presso
l'Università di..... in data...../...../.....;

☐ di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo -
odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso
l'Università di.....;

☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi -
odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale
di..... dal.....

☐ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

..... conseguita il ____/____/____ presso
l'Università di..... con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il ____/____/____ presso
l'Università di..... con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il ____/____/____ presso

- ☐ di essere titolare di incarico a tempo
- ☐ di non essere titolare di incarico;
- ☐ di non essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020;
- ☐ di essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020 con punti.....;
- ☐ di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo
- ☐ di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

Indicare con precisione i dati richiesti, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000).

NOTE.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allegare, documento di identità in corso di validità.

Data.....

Firma per esteso.....