



COMITATO CONSULTIVO ZONALE

AVVISO

PUBBLICAZIONE INCARICO PROVVISORIO

Art. 23 comma 1 ACN - SAI

Il Comitato Consultivo Zonale pubblica le seguenti ore di specialistica ambulatoriale per la branca di Oculistica da conferire come **incarico provvisorio** per la durata di mesi 3.

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
OCULISTICA	CATANZARO	N. 6 ore	6 ORE IST. PENITENZIARIO

L'assegnazione dell'incarico seguirà i criteri previsti dall'art. 22 dell'ACN vigente.

Le domande dovranno pervenire entro 10 giorni dalla data di pubblicazione, al seguente indirizzo di posta elettronica:

protocollo@pec.asp.cz.it

Si allega domanda di partecipazione.

Il Segretario

[Handwritten signature]

Il Presidente

Regione Calabria - ASP Catanzaro
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio Gallucci

[Handwritten signature]

Marca da bollo
€ 16,00

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
ASP Catanzaro

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO PROVVISORIO BRANCA DI
OCULISTICA**

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 dell'incarico provvisorio nella branca di oculistica, per
mesi tre di cui all'avviso n. _____ del _____

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

DI ESSERE in possesso di laurea conseguito presso _____

in data _____ con voto _____

DI ESSERE in possesso della Specializzazione in _____ conseguita in data

_____ presso _____

DI ESSERE iscritto all'Albo Professionale dei _____ della provincia di

_____ dal _____

DI ESSERE iscritto nella graduatoria di medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro valida per l'anno 2024 per la branca di Oculistica nella posizione n. _____

SPECIALISTA non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro, disponibile a ricoprire l'incarico ed in possesso dei requisiti previsti dal vigente ACN.

_____ sottoscritt _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero:

Data _____

Firma _____