



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AVVISO INTERNO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI SANITARI DISPONIBILI ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PRESSO L'U.O.C. RECUPERO E RIBILITAZIONE - SEDE FONDAZIONE TERINA LAMEZIA TERME.

In esecuzione della deliberazione n. 806 del 01/07/2021, è indetto avviso interno per manifestazione di interesse per la formazione di un elenco di professionisti sanitari disponibili allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art 115, c. 2 e 2 bis del CCNL 19/12/2019, presso l'U.O.C. Recupero e Riabilitazione - Sede Fondazione Terina Lamezia Terme.

Il presente avviso è riservato ai dipendenti a tempo indeterminato dell'ASP di Catanzaro, nel profilo professionale di Dirigente Medico nella **disciplina di Medicina Fisica Riabilitativa o disciplina equipollente**, di cui alle tabelle del Decreto Ministeriale 30/01/98 e smi.

Sono esclusi dalla partecipazione i dirigenti medici che rientrino nella tipologia di cui all'art. 4 del Regolamento approvato con deliberazione n. 609 del 03/07/2019.

Gli interessati devono produrre apposita domanda indirizzata alla Commissione Straordinaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - Via Vinicio Cortese n. 25 - 88100 Catanzaro, entro e non oltre il **5° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito web istituzionale [www.asp.cz.it/bandi/bandi di concorso/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/bandi%20di%20concorso/concorsi%20e%20avvisi)**.

Qualora detto giorno sia sabato o festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve essere inoltrata con una delle seguenti modalità:

- presentata direttamente, in orario di servizio, all'Ufficio Protocollo dell'U.O.C. Affari Generali dell'intestata Azienda, sito in Via Vinicio Cortese n. 25 - 88100 Catanzaro;
- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: gru.iscrizione.concorsi@pec.asp.cz.it, la validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale. Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata. Si prega, inoltre di inviare la domanda e gli allegati in formato PDF, inserendo il tutto in un unico file. A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di sottoscrizione della domanda: sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato oppure sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione di un valido documento d'identità.

Resta fermo che l'inoltro della domanda tramite pec ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, lett. c-bis, del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e smi e dalla circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo le modalità previste all'art. 38 del DPR n. 445/2000, considerato che l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di pec, è di per sé sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore di essa e a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Sarà cura del candidato verificare l'avvenuta consegna della domanda inviata tramite la verifica di ricezione delle ricevute di accettazione e consegna. L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files trasmessi.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande è perentorio ed ha validità per tutti qualunque sia la modalità di inoltro della domanda di partecipazione.

La domanda, redatta su carta semplice, debitamente sottoscritta dagli interessati, deve essere corredata dalla copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in qualunque momento, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritti di sorta.

La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Ai sensi della normativa vigente, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per le finalità di gestione dell'avviso in argomento.

Per eventuali informazioni relative alla presente avviso gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – P.O. Gestione delle Procedure di Selezione e Reclutamento – Viale Pio X (ex Villa Mater Dei) – 88100 Catanzaro – Telefono e fax: 09617033493 o collegarsi al sito [www.asp.cz.it/bandi/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/concorsi_e_avvisi), ove potranno reperire copia del presente bando e il modello della domanda di partecipazione.

Catanzaro, li _____.

Il Direttore f.f. U.O.C. GRU
Dott.ssa Sandra Matozzo

Allegato A
Modello di domanda:

Alla Commissione Straordinaria
A.S.P. di Catanzaro
Via Vinicio Cortese, 25
88100 CATANZARO

Il sottoscritto, _____, nato a _____
il _____ e residente in _____ (Prov. di _____) alla via
_____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso interno per manifestazione di interesse per la formazione di un elenco di professionisti sanitari disponibili allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art 115, c. 2 e 2 bis del CCNL 19/12/2019, presso l'U.O.C. Recupero e Riabilitazione - Sede Fondazione Terina Lamezia Terme, pubblicato sul sito web istituzionale - Sezione Concorsi e Avvisi il _____.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità di:

- ♦ Essere nat ___ a _____ il _____;
- ♦ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ♦ Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Catanzaro nel profilo professionale di _____;
- ♦ Di essere in possesso della Specializzazione in _____;
- ♦ Di prestare servizio presso l'U.O. _____;

___l___ sottoscritt___ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr/Sig. _____ Via _____ n. _____
(CAP) _____ Telefono n. _____ PEC _____ MAIL _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

___l___ sottoscritt___ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

___l/___ a sottoscritt___ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto della vigente normativa in materia, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso.

___l___ sottoscritt___ allega alla presente domanda:

- Copia fotostatica del documento d'identità.

Data _____

Firma _____