



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Comitato Zonale Per La Provincia Di Crotone Art.16 ACN 17/12/2015
Sede- Centro Direzionale Il Granaio- TEL. 0962-924865 fax 0962 924994
E-mail personaleinconvenzione@asp.crotone

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Questa Azienda Sanitaria, ai sensi dell' art. 18 del Contratto Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali, del 17 dicembre 2015, rende noto che sono disponibili i sotto indicati turni di attività specialistica ambulatoriale:

FISIATRIA

(TURNO INDIVISIBILE) 9 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Mesoraca giorni da concordare.

Possono concorrere all' assegnazione dei suddetti turni vacanti, gli specialisti che si trovano in una delle condizioni previste dall'art. 19 del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriale.

Qualora il Comitato Consultivo Zonale accerti l' impossibilità di assegnare i suddetti turni vacanti a specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato, gli stessi saranno attribuiti ai sensi dell' art. 21, Comma 1, del suddetto Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali.

L' incarico di cui all'art. 21 comma 1, avrà la durata di mesi 6, eventualmente rinnovabile una sola volta allo stesso sanitario per altri 6 mesi e cessa in ogni caso con la nomina del titolare.

Gli specialisti aspiranti all'incarico, dovranno comunicare tramite lettera-raccomandata da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direz.le Il Granaio) 88900 Crotone, la loro disponibilità, entro il 10 ottobre 2016.

Per tutto quanto non compreso nel presente avviso, dovrà farsi riferimento alla succitata normativa contrattuale medici specialisti ambulatoriali.

Il Segretario del Comitato Zonale
Collaboratore/Amm.vo Prof.le
Salvatore Catroppa



Il Commissario Straordinario
Dr. Sergio Arena

Azienda Sanitaria Provinciale - Crotone
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti

N° 46 del 30 SET. 2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Valter COSENTINO

OGGETTO: Istanza per conferimento incarico turni vacanti branca specialistica di _____

_ L _ Sottoscritt_ Dr. _____ Specialista in _____, aspirante al conferimento di incarichi per l'anno in corso, per come previsto dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17/12/2016, in relazione ai turni vacanti pubblicati tramite affissione all'albo pretorio dell' Azienda, ai sensi dell'art. 18, In data _____, Avviso n. _____ .

Chiede di poter concorrere al conferimento dell'incarico per i turni di seguito indicati:

_____ n. _____ ore settimanali (Branca di Fisiatria) _____

Dichiara:

di essere già titolare di incarico _____ *

ASP DI _____ Per n. ore _____ SETTIMANALI;

Dichiara:

- di essere disponibile a ricoprire i turni vacanti nei limiti previsti dall'art. 16 dello stesso ACN;
- di essere _____
-
-

DICHIARAZIONE DI COMPATIBILITÀ

_ L _ sottoscritt_ essendo a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 25 dell'ACN del 17 dicembre 2016 dichiara di non ricadere in nessun caso di incompatibilità in esso compresa ai fini del conferimento incarico per l'espletamento dell'attività di specialista ambulatoriale per la branca di fisiatria.

*specificare la tipologia dell'incarico.

Data _____

Firma