

AVVISO PUBBLICO

Al fine di garantire il corretto espletamento dei servizi erogati dall'Unità Medica del SerT, si rende noto che codesta Azienda ha disposto la copertura delle ore vacanti attraverso la prestazione di numero pari a tre unità ,ascrivibili ai medici di continuità assistenziale titolari di incarico a tempo indeterminato, a completamento orario, sino ad un numero massimo di ore 12 settimanali per unità medica, per una durata massima di mesi tre, eventualmente rinnovabili agli stessi.

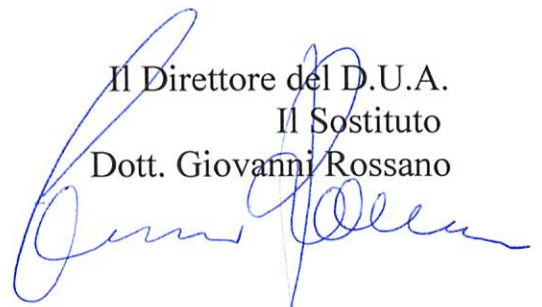
Sono comunque esclusi i medici che esercitano più di un'attività disciplinata dal ACN in vigore o che svolgono altra attività presso soggetti pubblici o privati. Le ore effettuate, nel suddetto servizio, verranno retribuite secondo i compensi previsti per la continuità assistenziale.

I sanitari interessati possono, pertanto, inoltrare a mezzo pec c/o Ufficio Protocollo Generale (protocollo@pec.asp.crotone.it) entro il termine di 7 giorni successivi alla data di pubblicazione del presente avviso, apposita istanza, utilizzando il modello allegato alla presente. La graduatoria verrà stilata in base all'anzianità di incarico nell'Azienda.

Protocollo Generale
N. 0008231 del 13/02/2019



Il Direttore del D.U.A.
Il Sostituto
Dott. Giovanni Rossano



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
SETTORE MEDICINA GENERALE
C/O DISTRETTO UNICO AZIENDALE
VIA MARIO NICOLETTA
CENTRO DIREZIONALE "IL GRANAIO"
CROTONE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via _____

laureato/a in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____

iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ al n.° _____

Tel. n.° _____ indirizzo di posta elettronica certificata _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la copertura delle ore vacanti come da avviso pubblico.

DICHIARA

di essere titolare a tempo indeterminato presso questa Azienda a far data dal _____

Il/la sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'accordo collettivo nazionale in vigore che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28712/2000 n. 445 e successive modificazioni e integrazioni che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità. Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data _____

Firma
