

Comitato Zonale Per La Provincia Di Crotone Art.18 ACN 31 marzo 2020

Sede- Centro Direzionale Il Granaio- TEL. 0962-924868 fax 0962 924994

 E-mail personaleinconvenzione@pec.asp.crotone

 AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

III° TRIMESTRE 2020

Questa Azienda Sanitaria, espletate le procedure di cui al comma 1 dell'art. 20 del Contratto Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali, del 31 MARZO 2020, rende noto che si sono resi disponibili i sotto indicati turni di attività specialistica ambulatoriale:

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE DI LAVORO	Richiesta possesso particolari capacità professionali art. 20 comma 5.	note
OCULISTICA	2	N. 2 ore presso la Casa Circondariale di Crotone.	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito dimissioni del titolare a tempo indeterminato (trattasi di spesa consolidata nel tempo), ai sensi dell'art. 20 comma 4 detto incarico non è frazionabile in sede di assegnazione.
GERIATRIA	23	Sede principale Poliambulatorio di C.so Messina in Crotone, da stabilire in sede di conferimento le ore da dedicare agli ambulatori dell'alto Crotonese.	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito dimissioni del titolare a tempo indeterminato (trattasi di spesa consolidata nel tempo), ai sensi dell'art. 20 comma 4 detto incarico non è frazionabile in sede di assegnazione.

Possono concorrere all' assegnazione dei suddetti turni vacanti, gli specialisti che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 20 del vigente A.C.N. per la disciplina dei Medici Specialisti Ambulatoriali.

L' incarico attribuito ai sensi del comma 5 dell' art. 20 per effetto del comma 7 dell'articolo 21 è confermato previo superamento di un periodo di prova di sei mesi.

Gli specialisti aspiranti all'incarico, dovranno comunicare tramite lettera-raccomandata, anticipata, possibilmente via posta elettronica certificata a personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direzionale Il Granaio) 88900 Crotone, la loro disponibilità, entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

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

 Il Segretario del Comitato Zonale
 Collaboratore Amministrativo Professionale
 Salvatore Catroppa

 Il Direttore Sanitario
 Dr. Pietro Luigi Brisina

 Il Presidente del Comitato Zonale
 Direttore Generale f.f.
 Avv. Francesco Masciari

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI III° Trimestre 2020

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____

(specificare località, indirizzo) _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo PEC (obbligatorio) _____

Specializzato/a in _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

- BIOLOGIA CHIMICA PSICOLOGIA PSICOTERAPIA
 MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA _____
 VETERINARIA: AREA A AREA B AREA C

e in modo specifico, per le seguenti ore:

DICHIARA DI ESSERE

1. titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. a tempo indeterminato ai sensi dell'A.C.N. 31 MARZO 2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal _____
- lett. a) (titolare che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo nell'ambito in cui è pubblicato il turno) h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. b) (titolare che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante nell'ambito della stessa regione o regione confinante) h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità nell'ambito di regione non confinante) h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li _____ A.S.L. _____
 - lett. h) (medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato (posizione in graduatoria n ° _____)
 - lett. i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico. (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

Inoltre dichiara di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.

(località)

(data)

(firma)

Ai fini delle procedure di cui sopra, per ogni singola lettera dalla a) alla i), con esclusione della lettera h), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali.

Allegare inoltre copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

SCHEDA RIASSUNTIVA DELLE PARTICOLARI CAPACITA' PROFESSIONALI
Art. 20 comma 5 ACN 31 marzo 2020

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ai singoli requisiti. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: altre specializzazioni attinenti alla specifica attività professionale che andrà a svolgere, attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (____) il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28/12/2000, e in riferimento ai requisiti richiesti nella Pubblicazione di cui all'Avviso n. ____ del _____, Branca specialistica/area professionale _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

requisito 1: (riportare il requisito presente sulla pubblicazione)

Capacità professionali acquisite (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale).

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Altre informazioni di rilievo: *(indicare : specializzazioni, master, corsi di formazione attinenti le attività specifiche, riportando le date di conseguimento voto e durata):*

Indicare il codice identificativo riportato della marca da bollo apposta alla

Domanda di partecipazione _____.

Data _____

Firma leggibile dell' aspirante
