

Comitato Zonale Per La Provincia Di Crotonese 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, si precisa che gli stessi vengono pubblicati in virtù dell'art. 29 comma 3 lettera c della Legge 104 del 14 agosto 2020.

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE DI LAVORO	Richiesta possesso particolari capacità professionali art. 20 comma 5.	note
CARDIOLOGIA	38	Da distribuire negli ambulatori delle Aree Sub Distrettuali territoriali, Sedi da definire.	SI	Richiesta capacità professionale per l'esecuzione di ECOCARDIOGRAFIE
ANGIOLOGIA	14	AMBULATORIO DI CUTRO	NO	
PNEUMOLOGIA	28	POLIAMBULATORIO DI MESORACA E CIRO' MARINA	NO	

Possono concorrere all' assegnazione dei suddetti turni vacanti, gli specialisti che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 22 comma 1 del vigente A.C.N. per la disciplina dei Medici Specialisti Ambulatoriali.

L' incarico viene attribuito ai sensi del comma 5 dell' art. 20 "assegnazione incarichi a tempo determinato", per effetto di quanto concesso dall'art.29 comma 3 lettera c e fino alla data del 31/12/2020;

Per la branca di Cardiologia, ai sensi dell'art. 20 comma 5 i candidati dovranno presentare il curriculum vitae corredato da esperienze professionali certificate, titoli di carriera e quant'altro possa certificare la specifica capacità professionale richiesta.

Ferma restando la specifica capacità professionale richiesta, possono altresì concorrere per le ore in Cardiologia, gli specialisti nella branca di Medicina Interna, i quali verranno graduati in subordine agli specialisti in Cardiologia

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 Crotonese, la loro disponibilità, entro 20 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 Brisinda

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

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
Di Crotone - Via M. Nicoletta
c/o Centro Direzionale "Il Granaio"
88900 CROTONE

personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI II° 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. 17.12.2015, art. 19, 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. 17 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.

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
