

Comitato Zonale Provinciale Medicina Specialistica
Veterinaria ed Altre Professionalità
TEL. 0962-924868 fax 0962 924994
E-mail personaleinconvenzione@asp.crotone.it

Il Direttore f.f. del Distretto Unico Aziendale

Considerato che l'attività per prestazioni Cardiologiche sul territorio Aziendale, (Visite Cardiologiche, Elettrocardiogrammi ed Ecocardiogrammi), è ascrivibile ai profili infungibili ed indispensabili al fine di assicurare i Livelli Essenziali d' Assistenza fino ad oggi garantiti, viste le lunghe liste di attesa ed al fine di non creare ulteriori disagi all'utenza:

RENDE NOTO

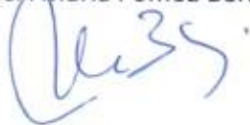
Che, in attesa della pubblicazione dell'incarico secondo le procedure di cui all'art.18, è disponibile un **incarico provvisorio di n. 38 ore settimanali**, per la branca di Cardiologia, da espletarsi sul territorio dell'Azienda da conferirsi ai sensi dell'art. 23 dell'ACN 31/03/2020, lo stesso avrà decorrenza immediata, ovvero dalla ricezione delle istanze di disponibilità pervenute ed avrà la durata di sei mesi, ed eventualmente rinnovabile fino a dodici mesi.

Possono partecipare al presente avviso i Medici in possesso della specializzazione in Cardiologia e i Medici Specialisti in possesso della specializzazione in Medicina Interna con specifiche capacità professionali per l'esecuzione degli Esami Ecocardiografici.

Gli aspiranti, potranno produrre istanza compilando il modello allegato al presente avviso, inviando lo stesso tramite pec al seguente indirizzo:

personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it.

IL DIRETTORE DEL D.U.A. F.F.
DR.SSA Maria Pomea Bernardi



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Gilberto Gentili



ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CROTONE

Via M. Nicoletta c/o
Centro Direzionale il Granaio
88900 CROTONE

Pec personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it

**Oggetto: domanda per l'attribuzione di incarico provvisorio di Specialistica ambulatoriale;
codice avviso: INCARICO PROVVISORIO di CARIOLOGIA**

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per
l'attribuzione di un incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di
_____ per l'ambito territoriale di _____

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara
sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché
di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni
non veritiere:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a
_____ in Via _____ n. _____;

a) titolo di studio: _____ conseguito presso
_____, il _____ nell'anno _____, con
votazione _____

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____

c) specializzazione: _____ conseguita presso:
_____ il _____ nell'anno
_____, con votazione _____

di avere svolto o di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica come titolare ,
sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato

presso _____ per n. oredalal
presso _____ per n. oredalal

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato
con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o
comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003,
n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli
adempimenti conseguenti.

**Allega curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e copia fotostatica di
un valido documento di identità, comprovante le capacità professionali specifiche richieste.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Pec _____

Data _____ Firma _____