

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 comitatozonalespecialistica@pec.asp.crotone

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

IV° TRIMESTRE 2021

Questa Azienda Sanitaria, per le branche di seguito elencate, espletate le procedure di cui al comma 1 dell'art. 20 del Contratto Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali, del 31 MARZO 2020, giusta nota prot. n. 3885 del 13/09/2021, rende noto che si sono resi disponibili e da pubblicare i sotto indicati turni di attività specialistica ambulatoriale:

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE DI LAVORO	Richiesta possesso particolari capacità professionali art. 20 comma 5.	note
FISIATRIA	6	AREA SUB DISTRETTUALE DI CROTONE La sede del Poliambulatorio nell'ambito dell'area Sub Distrettuale di Crotonese sarà comunicata in sede di assegnazione dell'incarico	NO	Gli incarichi vengono pubblicati seguito dimissioni, trasferimenti trasferimenti in altre sedi, dei titolari tempo indeterminato, pertanto si attesta che trattasi di spesa consolidata nel tempo).
CARDIOLOGIA	6	Sede Poliambulatorio di Casabona	NO	

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 comitatozonalespecialistica@pec.asp.crotone.it da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direzionale Il Granaio) 88900 Crotonese, 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.

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 del Distretto Unico Aziendale
Dr. Pietro Luigi Brisinda

Il Presidente del Comitato Zonale
Commissario Straordinario
Dott. Domenico Sperti

Marca da bollo 16,00 €

**Al Comitato Zonale Per la Provincia di Crotone
A.S.P. DI CROTONE**

Al Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale Interna
Di Crotone - Via M. Nicoletta
c/o Centro Direzionale "Il Granaio"
88900 CROTONE
comitatozonalespecialistica@pec.asp.crotone.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI IV° Trimestre 2021

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-leggibile) _____

Specializzato/a in _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti di cui all'avviso n. _____ del _____

MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA _____

e in modo specifico, per n. _____ ore settimanali da espletare presso

AI FINI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE AI SENSI DELL'ART.21 ACN 31/03/2020, DICHIARA DI ESSERE:

- 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 in branca diversa che chiede il passaggio in altra branca h. sett.li _____ A.S.L. _____)

lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto

all'art. 28, comma 1; h. sett.li _____ A.S.L. _____;

h. sett.li _____ A.S.L. _____;

h. sett.li _____ A.S.L. _____.

lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li _____ A.S.L. _____ limitatamente a coloro a cui si applica il presente accordo)

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).

Il sottoscritt, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Infine, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 autorizza al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e utilizzati esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

(località)

(data)

(firma)

Allega:

- 1) copia di documento di riconoscimento in corso di validità.
- 2) Copia Tessera Sanitaria;
- 3) Curriculum Vitae (solo per le branche dove è richiesta la particolare capacità professionale)