

Comitato Zonale Provinciale Medicina Specialistica  
Veterinaria ed Altre Professionalità  
TEL. 0962-924868 fax 0962 924994  
E-mail [personaleinconvenzione@asp.crotone.it](mailto:personaleinconvenzione@asp.crotone.it)

AVVISO N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

## Il Direttore f.f. del Distretto Unico Aziendale

Preso atto che a causa delle dimissioni dello specialista a tempo indeterminato, in branca di - Malattie Infettive - presso la Casa Circondariale di Crotona, si sono rese disponibili n. 6 ore settimanali.

Considerato, che l'attività per prestazioni ambulatoriali in detta branca è ascrivibile ai profili infungibili ed indispensabili, al fine di assicurare e garantire i Livelli Essenziali d' Assistenza nell'Istituto Penitenziario.

### RENDE NOTO

Che, in attesa della pubblicazione dell'incarico secondo le procedure di cui all'art.20, dell'ACN 23 marzo 2020, è disponibile un **incarico provvisorio di n. 6 ore settimanali**, per la branca di Malattie Infettive:

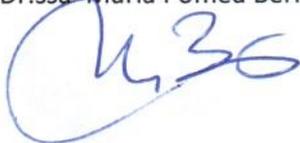
- a) da conferirsi ai sensi dell'art. 23 dell'ACN 31/03/2020;
- b) da espletarsi presso la Casa Circondariale di Crotona;
- c) avrà decorrenza immediata, ovvero dalla ricezione delle istanze di disponibilità pervenute entro e non oltre 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso, ed avrà la durata di 3 mesi, ovvero fino alla data di assegnazione all'avente diritto, che avverrà a seguito della pubblicazione nei termini previsti dall'art. 20 di cui all'ACN 31/03/2020;
- d) eventualmente rinnovabile fino a dodici mesi, qualora la procedura non abbia dato esito positivo;

Possono partecipare al presente avviso i Medici in possesso della specializzazione in Malattie Infettive.

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

[protocollo@pec.asp.crotone.it](mailto:protocollo@pec.asp.crotone.it).

IL DIRETTORE DEL D.U.A. f.f.  
Dr.ssa Maria Pomea Bernardi



IL DIRETTORE GENERALE f.f.  
Dott. 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  
INCARICO PROVVISORIO BRANCA DI MALATTIE INFETTIVE**

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) \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Cod. ENPAM \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Specializzato/a in \_\_\_\_\_

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti di **Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna**

**Branca di Malattie Infettive** n. 6 ore settimanali da espletarsi presso la Casa Circondariale di Crotone.

Relativamente all'avviso n. \_\_\_\_\_:

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 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)

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