

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 comitatozonalespecialistica@pec.asp.crotone

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

III° TRIMESTRE 2020

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
DERMATOLOGIA	30	N. 24 ore sede Poliambulatori di <u>Crotone</u> N. 6 ore sede Poliambulatori di <u>Mesoraca</u> .	NO	1) Gli incarichi vengono pubblicati a seguito dimissioni, trasferimenti e trasferimenti in altre sedi, dei titolari a tempo indeterminato, pertanto si attesta che trattasi di spesa consolidata nel tempo).
DIETOLOGIA – SCIENZA DELLA ALIMENTAZIONE	6	Sede Poliambulatori di <u>Cirò Marina</u>	SI Comprovate particolari capacità professionali - In "Disturbi del Comportamento Alimentare".	2) ai sensi dell'art. 20 comma 4 gli incarichi per singola branca, non sono frazionabili in sede di assegnazione.
DIABETOLOGIA	26	Sede Poliambulatori di <u>Cirò Marina</u>	NO	
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.

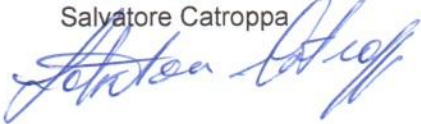
Per la branca di Dietologia-Scienza dell'alimentazione, ai sensi dell'art. 20 comma 5 i candidati dovranno presentare il curriculum vitae corredato da esperienze professionali certificate, titoli di carriera e quant'altro possa certificare la specifica capacità professionale richiesta.

Per come previsto dal comma 5 dell'art. 20, la eventuale valutazione per l'attribuzione dell'incarico avverrà previa valutazione da parte della Commissione Tecnica Aziendale, nominata dall'Azienda, la quale ne definirà le procedure.

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 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.*

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

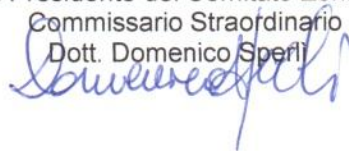
Il Segretario del Comitato Zonale
Collaboratore Amministrativo Professionale
Salvatore Catroppa



Il Direttore del Distretto Unico Aziendale
Dr. Pietro Luigi Brisinda



Il Presidente del Comitato Zonale
Commissario Straordinario
Dott. Domenico Sperli



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 III° 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

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).

Il sottoscritto, 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)