

Comitato Zonale Per La Provincia Di Crotone Art.16 ACN 17/12/2015
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

II° TRIMESTRE 2019

Questa Azienda Sanitaria, espletate le procedure di cui al comma 1 dell'art. 18 del Contratto Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali, del 17 dicembre 2015, rende noto che si sono resi disponibili i sotto indicati turni di attività specialistica ambulatoriale:

BRANCA	ORE SETTIMANALI	SEDE DI LAVORO	Richiesta possesso particolari capacità professionali art. 18 comma 5.	note
PSICHIATRIA	DICIOTTO (18) (da espletarsi in tre turni settimanali)	Casa Circondariale di Crotone	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito di dimissioni del titolare a tempo indeterminato. (trattasi di spesa consolidata nel tempo).
ALLERGOLOGIA	TRENTOTTO (38)	Gli orari e le Sedi Territoriali verranno comunicate contestualmente alla lettera di assegnazione	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito dimissioni del titolare a tempo indeterminato (trattasi di spesa consolidata nel tempo).
ODONTOIATRIA	QUATTRO (4) (da espletarsi in due turni settimanali)	Casa Circondariale di Crotone	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito di dimissioni del titolare a tempo indeterminato per raggiunti limiti di età. (trattasi di spesa consolidata nel tempo).

Possono concorrere all' assegnazione dei suddetti turni vacanti, gli specialisti che si trovano in una delle condizioni previste dall'art. 19 del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriale. Gli incarichi attribuiti ai sensi del comma 2 dell' art. 19, per effetto del comma 7 dello stesso articolo sono confermati 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 **personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it** da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direzionale Il Granaio) 88900 Crotone, la loro disponibilità, entro il 10 luglio 2019.

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

Il Segretario del Comitato Zonale
Collaboratore Amm.vo Prof.le
Salvatore Catroppa

Il Presidente del Comitato Zonale f.f.
Dr. Pietro Luigi Brisinda

Il Direttore Generale f.f.
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

Marca da bollo 16 €

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI II° TRIMESTRE 2019

Il/La sottoscritt_ dott. _____
(Cognome) (Nome)
nato il _____ a _____,
residente in Via _____ CAP _____ Città _____ (____)
laureato in _____ il _____ iscritto all'Ordine dei/degli _____ prov. ____ dal _____
specializzato in _____ in data _____ presso _____
telefoni: casa _____ cellulare _____
PEC _____ (obbligatoria e leggibile).,

CHIEDE

di concorrere all'assegnazione dei turni vacanti del _____ ° trimestre 201____, di cui all'avviso n. _____ del _____
per la branca di _____ per n. ore settimanali _____.

A tal fine dichiara di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni, previste dell'art. 19, comma 2, dell'A.C.N.

(Nel caso lo specialista sia in possesso di requisiti che gli consentono la collocazione in più posizioni. indicare solo quella a lui più favorevole):

- ☐ a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato presso _____ (dal _____),
per n. ____ ore totali con anzianità d'incarico datata _____
(riferita al primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità).
- ☐ b) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra
Regione confinante dal _____ già a tempo determinato dal _____, attualmente espletato presso
_____ per n. _____ ore totali.
- ☐ c) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante dal _____,
già a tempo determinato dal _____, attualmente espletato presso _____ per n. ____ ore totali.
- ☐ d) specialista ambulatoriale titolare d'incarico attualmente espletato nelle branche di _____ e
_____, che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico.
- ☐ e) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato c/o _____ nella branca di
_____ dal _____, che chiede il passaggio nella branca di _____.
- ☐ f) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato, presso _____ per n. ____ ore
totali, che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1.

☐ g) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____ per n. ____ ore totali.

☐ h) iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 dell'ACN della provincia di Crotone, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti ____° trimestre 201____, al posto n. _____.

☐ i) Medico di medicina generale ☐, Medico specialista pediatra di libera scelta ☐, Medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale ☐, dal _____ presso _____, che intende transitare a un incarico specialistico, previo rinuncia al rapporto in corso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento e **(solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza)** l'elenco firmato dei documenti inviati. (per i turni per i quali non è richiesta NON ALLEGARE Curriculum, Pubblicazioni, Master, Diplomi, Partecipazioni a corsi, ecc.)

Il plico è composto da n. _____ fogli (compreso questo).

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso di pubblicazione, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e 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.

(Firma)