

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 personaleinconvenzione@pec.asp.crotone

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE**

I° TRIMESTRE 2021

Questa Azienda Sanitaria, espletate le procedure di cui al comma 1 dell'art. 20 del Contratto Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali, del 31 MARZO 2020, 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. 20 comma 5.	note
DERMATOLOGIA	5	Area Sub Distrettuale di Mesoraca.	NO	L'incarico viene pubblicato a seguito dimissioni del titolare a tempo indeterminato (trattasi di spesa consolidata nel tempo), ai sensi dell'art. 20 comma 4 detto incarico non è frazionabile in sede di assegnazione. Gli orari giornalieri dovranno essere concordati con il Dirigente dell'Area Sub Distrettuale di Mesoraca.

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 protocollo@pec.asp.crotone.it da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direzionale Il Granaio) 88900 Crotone, la loro disponibilità, entro **10** giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

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 Brisina

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

personaleinconvenzione@pec.asp.crotone.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI I° 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) _____

Specializzato/a in _____

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

☐ **MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** _____ Dermatologia _____

e in modo specifico, per n. 5 ore settimanali da espletare nell'ambito dell'area Sub Distrettuale di Mesoraca.

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 copia di documento di riconoscimento in corso di validità.