



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Azienda Sanitaria Provinciale - Crotone
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti
N° 16 del 20 APR. 2021

F.to Sig. Francesco Sorvillo

**AVVISO INTERNO
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE
DI UNA SHORT LIST PER CAMPAGNA VACCINALE DA EMERGENZA
COVID - 19 RIVOLTA AI DIRIGENTI MEDICI AZIENDALI.**

Premesso che è indispensabile e urgente, in conseguenza dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da Covid - 19, adottare ogni misura necessaria per fronteggiare tale emergenza.

Ciò posto, si porta a conoscenza che questa Azienda Sanitaria intende indire la presente manifestazione di interesse, finalizzata alla formazione di una short list per la realizzazione di una campagna vaccinale anti-Covid, rivolta esclusivamente al personale aziendale rivestente il profilo professionale di Dirigente Medico.

Il requisito di accesso è: essere dipendente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con inquadramento nel profilo professionale di Dirigente Medico, sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo, con o senza incarico dirigenziale, in servizio presso il Presidio Ospedaliero di Crotone.

Al termine della scadenza dell'Avviso de quo verrà stilato un elenco di tutte le domande regolarmente pervenute e si procederà all'utilizzo, per le predette finalità, del personale medico seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande di partecipazione.

La domanda, redatta secondo l'allegato fac-simile, dovrà pervenire all'Azienda esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica certificata "protocollo@pec.asp.crotone.it" ovvero essere consegnata a mano all'Ufficio Protocollo Aziendale, entro il termine perentorio delle ore 13,00 del 30 aprile 2021.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di modificare, prorogare, nonché riaprire i termini ovvero revocare il presente avviso, per motivi di pubblico interesse o per cause di forza maggiore.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DR. DOMENICO SPERLI

Domenico Sperli



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

Allegato: fac-simile di domanda

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Centro Direzionale "IL GRANAIO"
Viale Stazione/Ang. Via G. Di Vittorio
88900 CROTONE

Il sottoscritto _____, nato a _____,
il _____, residente a _____ in Via
_____, codice fiscale _____,
con profilo professionale di Dirigente Medico, in servizio presso il P.O. di Crotone
nell'U.O. _____, chiede di partecipare all'avviso
interno - manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di una short list per
campagna vaccinale da emergenza Covid - 19 rivolta a dirigenti medici aziendali.

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti
o di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e consapevole, altresì, che la
non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dei benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione
non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.
445/2000 sotto la propria responsabilità dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti di partecipazione all'avviso;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia rilasciata
dall'Università di _____;
- di essere in possesso della specializzazione in _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi della provincia di _____;
- di accettare, avendone preso conoscenza, le norme e le condizioni del
presente avviso;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs.
n. 196/2003, per le finalità connesse all'espletamento della procedura de
qua;
- che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetti, essergli fatta ogni
comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

VIA _____, CAP _____, CITTA' _____,
TEL/CELL. _____, MAIL/PEC _____.

DATA

FIRMA

Allegati:

- fotocopia documento d'identità in corso di validità.