

COMITATO ZONALE PER LA PROVINCIA DI CROTONE
SEDE- CENTRO DIREZIONALE IL GRANAIO- TEL. 0962-094910 fax 0962 924994
E-mail personaleinconvenzione@pec.asp.crotone

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI
1° TRIMESTRE 2021
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE**

Questo Comitato Zonale, su espressa richiesta dell'**INAIL**, Prot. 1/2021 del 04/03/2021, ai sensi dell' art. 9 del Verbale d'Intesa del 15 maggio 2018: "Adozione dell'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto il 30 Luglio 2015, e ratificato dalla Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, il 17 dicembre 2015",

Rende noto

che si è reso disponibile un turno a **tempo Determinato di n. 10 ore settimanali per la durata di 12 mesi, nella branca di Medicina Legale** istituito ai sensi dell'art. 10 comma 8.

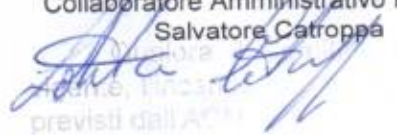
Il turno di cui sopra, dovrà svolgersi presso l'ambulatorio medico della sede INAIL di Crotone, nelle ore antimeridiane, con articolazione dell'orario su due giorni.

L'incarico è conferito ai sensi dell'art. 10 comma 9 dello stesso ACN adottato dall'INAIL.

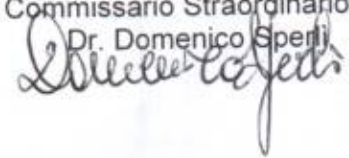
Qualora il Comitato Consultivo Zonale accerti l'indisponibilità di specialisti iscritti nella graduatoria vigente, l'incarico può essere conferito ad uno specialista dichiaratosi disponibile, ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN..

Gli specialisti aspiranti all'incarico, dovranno comunicare tramite lettera-raccomandata A/R o Posta elettronica certificata, (protocollo@pec.asp.crotone.it) da indirizzare al Comitato Consultivo Zonale ASP, Via M. Nicoletta (Centro direz.le Il Granaio) 88900 Crotone, la loro disponibilità, entro il 31 marzo 2021.

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

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
Dr. Domenico Sperti


Marca da bollo
16 €

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

A TEMPO DETERMINATO

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 Dott. _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ (prov. di _____) n° _____ C.A.P. _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo PEC (obbligatorio) _____

Specialista in _____ data di specializzazione _____ data di laurea _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di

MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: BRANCA Medicina Legale presso l'INAIL – SEDE DI CROTONE;

e in modo specifico, per N. 10 ore a tempo determinato resesi disponibili per il 1° trimestre 2021, di cui all'avviso n° _____ del _____.

DICHIARA

- ☐ Di essere Medico specialista ambulatoriale per la branca di medicina legale inserito nella graduatoria vigente degli specialisti ambulatoriali vigente nell'ambito provinciale di Crotone.
- ☐ Di essere Medico specialista ambulatoriale per la branca di Medicina Legale **NON INSERITO** nella graduatoria vigente, disponibile all'assegnazione dell'eventuale incarico.
- ☐ Di non trovarsi in nessun caso di incompatibilità prevista nell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni INAIL.

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.