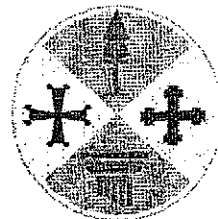




**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



Regione Calabria

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

PROT. N. 002528f  
DEL 3/3/23

Comitato Consultivo Zonale

PUBBLICAZIONE ORE SETTIMANALI DISPONIBILI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - 1°  
TRIMESTRE 2023-

**AVVISO**

Il Comitato Consultivo Zonale per la medicina specialistica rende noto che sono disponibili le seguenti ore di specialistica ambulatoriale:

BRANCA	DISTRETTO	N. ORE	SEDE
<b>CARDIOLOGIA</b>	CATANZARO	32 ORE	14 CASA CIRC 12 PST SERSALE 2 IPM 4 PST BOTRICELLO
"	SOVERATO	18 ORE	6 PST BADOLATO 6 PST GIRIFALCO 6 PST SQUILLACE
"	LAMEZIA TERME	30 ORE	6 PST MAIDA 6 PST NOCERA TERINESE 18 PST LAMEZIA TERME
<b>GERIATRIA</b>	CATANZARO	4 ORE	4 ORE PST TAVERNA
"	SOVERATO	7 ORE	2 ORE F.C.I. SOVERATO 5 ORE PST BADOLATO
"	LAMEZIA TERME	30 ORE	21 ORE UVT LAMEZIA TERME 9 ORE PST LAMEZIA
<b>REUMATOLOGIA</b>	POLT	38 ORE	38 ORE POLT
<b>MEDICINA LEGALE</b>	CATANZARO	15 ORE	15 ORE U.O MEDICINA LEGALE
<b>PSICHIATRIA</b>	CATANZARO	23 ORE	1 ORA CASA CIRCONDARIALE. 22 ORE ATSM

L'assegnazione delle ore, seguirà i criteri dell'ACN vigente

Le domande dovranno pervenire, entro 15 giorni dalla data di pubblicazione, tramite PEC al seguente indirizzo:

[comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it)

Si allega alla presente modello per la domanda di partecipazione.

Il Segretario  
C.A.P. Lina Pavone

Il Presidente  
Dr. Vincenzo Spaziante

Marca da bollo 16 €

**Al Comitato Zonale  
Specialistica Ambulatoriale Interna  
ASP Catanzaro**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI III° TRIMESTRE 2022  
ACN 30 Marzo 2020 e s.m.i.**

Dichiarazione ai sensi del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445  
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr. D.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

(specificare località indirizzo) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (obbligatorio leggibile) \_\_\_\_\_

Specializzazione 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 \_\_\_\_\_

**AI FNI DELL'EVENTUALE ASSEGNAZIONE AI SENSI DELL'ART. 21 ACN 31/03/2020 DICHIARA DI ESSERE**

1 Titolare di rapporto convenzionale con il SSN a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 30  
marzo 2020 art. 21, comma 2 con decorrenza dal \_\_\_\_\_

- Lett. a) titolare che svolge, 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 settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
- Lett. b) titolare che svolge esclusivamente attività regolamentata dal presente accordo in diverso ambito zonale della regione o d altre regioni confinanti; titolari di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN della regione o di altre regioni confinanti. H settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
- Lett. c) titolari 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 settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
- Lett. e) titolare di branca diversa che chiede il passaggio in altra branca h settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
- Lett. f) titolare nello stesso ambito zonale che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28, comma 1 h settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
- Lett. g) titolare presso Ministero della Difesa h settimanali \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ limitatamente a coloro a cui si applica il presente accordo
- Lett. h) Medici specialisti, Medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN 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 dal SSN che esprime 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)

  1   sottoscritt    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 documento di riconoscimento in corso di validità
- 2) Copia tessera sanitaria