SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANZARO

ASP Catanzaro
Protocollo Generale
N. 0101727 del 20/08/2021

0005091803

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 el D.Lgs. N. 502/92 e s.m.i.

AVVISO III° TRIMESTRE 2021 PROT. N 0101727

PUBBLICAZIONE INCARICO N.08 (OTTO) ORE SETTIMANALI A TEMPO

INDETERMINATO BRANCA MALATTIE INFETTIVE

PRESO ATTO CHE con deliberazione n. 50 del 19 gennaio u.s. si è disposto il recesso volontario della Dr.ssa Serenella Gaia Spinella, specialista Ambulatoriale nella Branca Malattie Infettive e titolare di incarico a tempo indeterminato per 08 ore settimanali, di cui 06 ore settimanali presso la Casa Circondariale "Ugo Caridi" di Catanzaro - Siano e 02 ore settimanali presso l'Istituto per Minorenni "S. Paternostro" Catanzaro;

RISCONTRATO l'U.O.G.P.C. ha ottemperato a quanto sancito dall'art. 20, comma 1, del vigente A.C.N., il Comitato nella seduta dell'11 gennaio u.s., ha concordato per la pubblicazione (I° Trimestre 2021) delle ore resesi disponibili e non assegnate in quanto non sono pervenute domande di partecipazione;

VISTA la peculiarità del contesto assistenziale di riferimento (ambiente carcerario) ed in ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 768 del 21 ottobre 2008, occorre, procedere alla pubblicazione delle ore resesi vacanti e non assegnate per come di seguito specificato;

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
MALATTIE INFETTIVE	08 ORE SETTIMALI A TEMPO INDETERMINATO	CASA CIRCONDARIALE "UGO CARIDI" CATANZARO (06 ore settimanali) E PRESSO L'ISTITUTO PER MINORENNI S. PATERNOSTRO (02 ore settimanali)

Presentazione della domanda

Gli specialisti, aspiranti all'incarico devono comunicare, la propria disponibilità all'incarico, durante il periodo di pubblicazione sul sito aziendale nel mese di settembre dal giorno 1 al giorno 15 dello stesso mese, per come stabilito dall'articolo 20, comma 3.

La presente pubblicazione produrrà gli effetti stabiliti dal vigente Accordo con pubblicazione nel mese di settembre dal giorno 01 al giorno 15 dello stesso mese;

Gli specialisti, aspiranti all'incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi **(dal 01 settembre al 15 dello stesso mese, art. 20, comma 3),** la propria disponibilità per come indicato dalla modulistica allegata al presente avviso, ed indirizzata **Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro,** corredata di tutte le certificazioni relative dei titoli posseduti.

La domanda allegata al presente avviso, dotata di marca da bollo di € 16,00 (Circolare Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010), dovrà essere indirizzata e trasmessa:

- **Per lettera Raccomandata Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro Via Daniele n.18, 88100 Catanzaro** e nel rispetto del termine di presentazione dell'avviso e dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata;
- Trasmessa in un unico file PDF all' indirizzo di **Posta Elettronica Certificata Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro** all'indirizzo comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it ***entro e non oltre il 15 settembre 2021*** pena esclusione;

La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale.
Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata.

Documenti da allegare:

- **Domanda di partecipazione allegata al presente Avviso;**
- **Fotocopia documento di identità non scaduto;**

Ammissibilità delle domande.
Le domande pervenute saranno preliminarmente esaminate dall'ufficio ai fini dell'accertamento dei requisiti di ammissibilità. Alla selezione saranno ammessi tutti coloro che presenteranno domanda di partecipazione in possesso dei requisiti previsti dall'avviso.

Valutazione delle disponibilità e affidamento degli incarichi.
Le disponibilità pervenute saranno valutate ai sensi del vigente A.C.N. al fine di individuare l'avente diritto;

Trattamento dati personali
Ai sensi dell'articolo 13 GDPR 2016/679, i dati personali, compreso i dati sensibili, forniti dai candidati o acquisiti d'ufficio saranno raccolti presso l'ufficio di segreteria del Comitato Zonale preposto dall' U.O.C.P. Convenzionato anche in banca dati automatizzata, per le finalità inerenti la gestione della procedura, e saranno trattati Dal medesimo ufficio anche successivamente, a seguito di eventuale instaurazione di rapporto di lavoro, per la gestione dello stesso. Nel trattamento e utilizzo dei dati è compresa ogni forma di comunicazione e pubblicazione correlata alle stesse procedure. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni nonché per i successivi adempimenti previsti dalla normativa vigente, ivi compreso il Dlgs 33/13.

Il Segretario
Coll. Prof.le Amm.vo Caterina Tavano

Presidente

(Delega ratione materiae, congiuntamente o disgiuntamente al D.A. e D.S.):

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Marchitelli

Il Direttore Sanitario
Dr. Ilario Lazzaro

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANZARO

REGIONE CALABRIA

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 el D.Lgs. N. 502/92 e s.m.i.

AVVISO III° TRIMESTRE 2021 PROT. N 0101727

DOMANDA ASSEGNAZIONE INCARICO VACANTE N. 08 (OTTO) ORE SETTIMANALI A TEMPO INDETERMINATO BRANCA MALATTIE INFETTIVE (ARTT. 20 E 21).

Marca da bollo
di euro 16,00

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AL PRESIDENTE DEL
COMITATO ZONALE
VIA A. DANIELE, 18
88100 CATANZARO

__ sottoscritt Dr._____nato il_____

a_____ Prov.____ Comune di residenza_____

Via_____cap_____ prov.___tel._____

pec_____(leggibile) **Codice Fiscale**

Ai sensi dell'art. 21 comma 1, del vigente Accordo comunica di essere disponibile all'assegnazione di 08 ore settimanali a tempo indeterminato per come di seguito indicato;

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
MALATTIE INFETTIVE	08 ORE SETTIMALI A TEMPO INDETERMINATO -	CASA CIRCONDARIALE "UGO CARIDI" CATANZARO (06 ore settimanali) E PRESSO L'ISTITUTO PER MINORENNI S. PATERNOSTRO (02 ore settimanali)

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della perdita dei benefici conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci:

Dichiara (ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso _____in data_____

☐ di essere in possesso della specializzazione in _____conseguita in data_____

presso_____;

☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei_____ della provincia di_____dal_____o di essere iscritto all'Ordine provinciale dei medici e odontoiatri della provincia di _____dal _____;

Di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni previste ai sensi dell'art. 21 comma 2 dell'A.C.N. vigente e precisamente: ***(barrare la casella che interessa);***

☐ a) **titolare di incarico a tempo indeterminato, anche in periodo di prova, che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale *in*** cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal vigente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del vigente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del vigente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;

☐ **b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal vigente 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. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 51;

☐ c) **titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato 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;

☐ d) **specialista titolare di incarichi in branche diverse** e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

☐ e) **specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo** e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

☐ f) **titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale** che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1;

☐ g) **titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;**

☐ h) **specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art.** 19 del vigente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso;

☐ i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

☐ j) 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 di specialista ambulatoriale.

Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Dichiara altresì: ***(il tipo di incarico, la decorrenza dell'incarico, la branca, il numero di ore settimanali espletate e l'Ente dove si svolge l'attività);***

- □ specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo _____ per come di seguito indicato:

Azienda_____Decorrenza _____

n. ore _____ branca di _____ presso_____

n. ore _____ branca di _____ presso_____

n. ore _____ branca di _____ presso_____

Note_____

DICHIARA

□ di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico di specialista ambulatoriale;

□ di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 25 del vigente A.C.N.;

□ di rinunciare (eventuali ore) _____

Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i., chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo di posta certificata **pec**_____

N.B. Allegare;

- **Domanda di partecipazione allegata al presente Avviso; (se la domanda sarà trasmessa con pec allegare la dichiarazione allegata all'avviso);**
- **Fotocopia documento di identità non scaduto;**

Data_____ Firma _____

DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC

ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

_ ottoscritt____Dr._____, nato il _____a _____

_____in riferimento alla partecipazione all'avviso di cui all'Avviso n._____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o;
2. a tal proposito dichiara inoltre che la:
   - data e ora di emissione della marca da bollo _____
   - numero identificativo della marca da bollo _____
   - di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data _____

_____

firma per esteso e leggibile