

COMITATO ZONALE ART.18 A.C.N. SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali approvato in data 31 marzo 2020.

**AVVISO N. 43632 DEL 24 APRILE 2020 PREDISPOSIZIONE GRADUATORIA SPECIALISTI
AMBULATORIALI BRANCA MALATTIE INFETTIVE ART.19 COMMA 12 A.C.N.**

PREMESSO che con Avviso n. 028988 dell'11 marzo 2020 Branca Malattie Infettive, si era proceduto all'indizione di un avviso in applicazione dell'art.20 dell'A.C.N. 2015 e s.m.i. di 08 ore settimanali nella branca Malattie Infettive per la durata di sei mesi a tempo determinato e comunque fino al rientro in servizio del titolare dell'incarico, 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".

RISCONTRATO che, era pervenuta soltanto una domanda **prot. n. 41038 del 16 aprile 2020** trasmessa via pec dalla Dr.ssa Serenella Gaia Spinella, la quale con successiva nota pec prot. n. 43635 del 24 aprile c.a., ha comunicato la Sua indisponibilità ad accettare l'incarico;

VISTO che con Decreto Regionale n. 2755 del 12 marzo 2020 sono state pubblicate sul BURC n. 30 del 07 aprile 2020, le Graduatorie definitive per la medicina specialistica, da valere per il 2020;

PRESO ATTO che la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni nella seduta del 31 marzo 2020 ha reso esecutivo l'ipotesi di 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 del d.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i.;

VISTO l'art. 22 (di cui all'art.20 A.C.N. 2015 e s.m.i.) del nuovo Accordo, prevede che l'Azienda, in caso di indisponibilità di specialisti, veterinari o professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19, comma 10, (graduatorie definitive valide) può utilizzare le graduatorie previste dall'art.19 comma 12;

SI RENDE NECESSARIO, a seguito dell'indisponibilità della Dr.ssa Serenella Gaia Spinella indire per come previsto dall'art.19 comma 12, la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso per la predisposizione di graduatoria di specialisti, per la **BRANCA MALATTIE INFETTIVE**, disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Sarà cura del Comitato Zonale provvedere all'indizione di un avviso ai sensi dell'art.19 comma 12, per tutte le branche di cui all'Allegato 2, del vigente Accordo.

Presentazione della domanda

Gli aspiranti devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, dal giorno successivo alla pubblicazione sito istituzionale dell'Azienda entro e **non oltre le ore 12.00 di lunedì 04 maggio p.v.**;



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

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 le ore **12.00 di lunedì 04 maggio p.v., 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.


Documentazione da allegare:

- **Domanda di partecipazione allegata al presente Avviso;**
- **DICHIARAZIONE ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i. se la domanda sarà trasmessa con pec;**
- **Fotocopia documento di identità non scaduto;**

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata ai sensi dell'art. 3, comma 5, della Legge 15 maggio 1997, n. 127.

Saranno escluse pertanto le domande:

- pervenute prima della presente pubblicazione;
- pervenute oltre il termine di cui sopra;
- prive di firma;
- Per eventuali informazioni telefonare al numero telefonico 0961/722944 o all'indirizzo **comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it**.

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


Il Presidente del Comitato Zonale
Dr. Maurizio Rocca


COMITATO ZONALE ART. 18 A.C.N. SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali approvato in data 31 marzo 2020.

DOMANDA AVVISO N. 43632 DEL 24 APRILE 2020 PREDISPOSIZIONE GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI BRANCA MALATTIE INFETTIVE ART.19 COMMA 12, VIGENTE A.C.N.

Marca da bollo 16,00 euro

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
al Comitato Consultivo Zonale
Via A. Daniele 18,
88100 Catanzaro

___ sottoscritto....., nat_ a.....

(prov.....) il.....Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

telefono.....

PEC.....(leggibile)*.

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria di disponibilità aziendale ai sensi dell'art.19 comma 12, del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni per la Branca MALATTIE INFETTIVE, da valere per l'anno 2020 relativamente all'ambito zonale di Catanzaro nel cui territorio intende ottenere incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria

Data.....Firma per esteso.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto.....nato a.....
(prov.....)ilcodice fiscale
.....Comune di residenza.....prov.....
indirizzo.....n.....CAP.....
PEC.....(leggibile)*.

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....
- di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
 - diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di..... in data...../...../.....;
 - laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

- di essere titolare di incarico a tempo _____
- di non essere titolare di incarico;
- di non essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020;

- di essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020 con punti ____;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo

di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

- **Indicare con precisione i dati richiesti, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000),**

NOTE _____

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allegare, documento di identità in corso di validità

Data.....Firma per esteso

**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.

__Sottoscritt__ Dott. _____, nato a _____

il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla

domanda di partecipazione _____

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; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data _____

firma per esteso e leggibile