



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

**COMITATO ZONALE ASP CZ**  
**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE MEDICI SPECIALISTI INTERNI VETERINARI ED**  
**ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE ( BIOLOGI, CHINICI, PSICOLOGI)**  
**AI SENSI DEGLI ARTT. 18 e 19 ACN 2015 E S.M.I.**

**RETTIFICA AVVISO PROT. N. 95035 DELL'11 SETTEMBRE 2018**  
**INCARICHI VACANTI BRANCA CHIRURGIA GENERALE**

Ai sensi della DGR n° 768/2008 ed in esecuzione degli adempimenti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitaria (Biologi, Chimici, Psicologi) il **Comitato Zonale** nella seduta del 10 settembre c.a., alla luce del parere SISAC prot. n° 643 del 14/09/16, ha disposto ai sensi degli artt.18 e 19 del vigente ACN, *la pubblicazione di ore 04 (quattro) nella Branca di Chirurgia Generale, da svolgersi presso la Casa Circondariale di Siano.*

**PRESO ATTO** della nota CISL Prot. 102872 del 02 ottobre c.a. a firma del Segretario Regionale Dr. Nino Accorinti si rende necessario procedere con urgenza, in autotutela, ai sensi dell'art.19 comma 1, alla rettifica dell'Avviso Prot. n. 95035 dell'11 settembre 2018 relativo alla pubblicazione *di ore 04 (quattro) nella Branca di Chirurgia Generale, da svolgersi presso la Casa Circondariale di Siano*".

Nel merito si precisa che la scadenza dell'avviso sarà il 10 ottobre p.v. e non il 1° ottobre erroneamente indicato precedentemente.

Che gli aspiranti all'incarico potranno comunicare solo tramite lettera raccomandata A/R o con posta elettronica certificata la propria disponibilità all'Azienda ( non è contemplata la consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo).

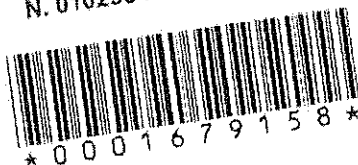
**SI RENDE NECESSARIO** precisare che saranno ritenute valide tutte le domande pervenute dal giorno successivo alla pubblicazione sul sito aziendale (21 settembre u.s.), e sino alla scadenza del 10 ottobre p.v;

Per eventuali informazioni telefonare al numero telefonico 0961/722944.

*Il Segretario*  
Coll. Prof.le Annunzio Caterina Tavano

*Il Direttore Generale f.f.*  
Dott. Giuseppe Giuliano

Catanzaro  
Protocollo Generale  
N. 0102954 del 02/10/2018



Provincia di Catanzaro Tel. e fax: 0961/722944 Daniele 18 - 88100 Catanzaro  
ec.comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

21 SET 2018

PROT. N. *1200*

COMITATO ZONALE ASP CZ

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE MEDICI SPECIALISTI INTERNI VETERINARI ED  
ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE ( BIOLOGI, CHINICI, PSICOLOGI)  
AI SENSI DEGLI ARTT. 18 e 19 ACN 2015 E S.M.I.

AVVISO PROT. N. 95035 DELL'11 SETTEMBRE 2018

PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI BRANCA CHIRURGIA GENERALE

Ai sensi della DGR n° 768/2008 ed in esecuzione degli adempimenti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitaria (Biologi, Chimici, Psicologi) il Comitato Zonale nella seduta del 10 settembre c.a., alla luce del parere SISAC prot. n° 643 del 14/09/16, ha disposto ai sensi degli artt.18 e 19 del vigente ACN, *la pubblicazione di ore 04 (quattro) nella Branca di Chirurgia Generale, da svolgersi presso la Casa Circondariale di Siano, per come di seguito indicato:*

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
CHIRURGIA GENERALE	04 ore a tempo indeterminato	Casa Circondariale di Siano

*Art. 1*

*Presentazione della domanda*

Tutti gli aspiranti all'incarico dovranno comunicare, ai sensi dell'art.18, comma 3, la propria disponibilità all'azienda sede del Comitato Zonale entro dieci giorni dalla pubblicazione sul sito aziendale, in regola con le norme vigenti;

La domanda di partecipazione, allegata al presente Avviso, prot n. 95035 del 10 settembre 2018 corredata da una marca da bollo di € 16,00 (Circolare Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010) e del documento di identità dovrà essere:

Comitato Consultivo Zonale Provincia di Catanzaro Tel. e fax: 0961/722944 Daniele 18 - 88100 Catanzaro  
pec comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

- *pro manibus* all'ufficio Protocollo del Distretto Di Catanzaro Via Daniele n.10;
- Posta Raccomandata A/R (il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata);
- Posta Elettronica Certificata (si prega, di inviare la domanda in un unico file formato PDF ed allegare autocertificazione di cui alla domanda): [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it) entro e non oltre le ore 24,00 del decimo giorno successivo alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda c.a. 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. 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 di posta elettronica [caterina.tavano@asp.cz.it](mailto:caterina.tavano@asp.cz.it) o pec [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it)

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

Il Direttore Generale f.f.  
Dott. Giuseppe Giuliano

**A.C.N. VIGENTE MEDICI SPECIALISTI INTERNI VETERINARI ED ALTRE  
PROFESSIONALITA' SANITARIE ( BIOLOGI, CHINICI, PSICOLOGI)**

**DOMANDA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO  
Avviso prot. n.95035 dell'11 settembre 2018 nella branca di CHIRURGIA GENERALE**

Marca da bollo  
di euro 16,00

*Azienda Sanitaria Provinciale  
Al Presidente del Comitato Zonale  
per la Medicina Specialistica  
Via A. Daniele, 18  
88100 Catanzaro*

\_\_\_\_\_ sottoscritt Dr. \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ Pec (leggibile) \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

di concorrere ai sensi degli artt.18-19, del vigente A.C.N. all'assegnazione **incarico vacante** disponibile per come di seguito specificato:

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
CHIRURGIA GENERALE	04 ore a tempo indeterminato	Casa Circondariale di Siano

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. 19 comma 2 dell'A.C.N. del 17/12/2015 e precisamente: **(barrare la casella che interessa);**

- a) titolare di incarico a tempo indeterminato 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 presente 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. 48;
- 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 presente 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. 26, 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. 17 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;
- i) 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.

**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 );**

1.  specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo determinato per come di seguito indicato:

Decorrenza \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

2.  specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato per come di seguito indicato:



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Decorrenza \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ai fini delle procedure di cui al comma 2, dell'art.19 per ogni singola lettera dalla a) alla i), con esclusione della lettera h), 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.**

**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 dell'ACN 17/12/2015;
- 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.

\_\_\_\_ sottoscritto\_\_\_\_, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo di posta certificata pec \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. Allegare fotocopia di un documento di identità non scaduto.



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

**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;

**Allega, altresì, alla presente documento di identità in corso di validità**

Data \_\_\_\_\_

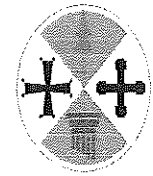
\_\_\_\_\_  
firma per esteso e leggibile





Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO



REGIONE CALABRIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(luogo, data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Il Dichiarante**

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente