

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Comitato Consultivo Zonale
Provincia di Catanzaro (art. 16 A.C.N. del 17/12/2015)

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. 95036 DELL'11 SETTEMBRE 2018

PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI CHIRURGIA VASCOLARE

PREMESSO che l'INAIL con determina n.182 dell'11 aprile 2018, ha approvato lo schema dell'allegato "Accordo per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali operanti presso l'INAIL", che forma parte integrante della citata determinazione, di recepimento, con modifiche e integrazioni, dell' "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitaria (Biologi, Chimici, Psicologi)".

VISTO CHE nella seduta del 10 settembre u.s. il Comitato ha preso atto della nuova richiesta, (pervenuta con nota pec) dall' INAIL avente ad oggetto "... Attivazione turno di "Chirurgia Vascolare" per il Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale INAIL Calabria presso il Polo Integrato INAIL - di codesta Azienda Sanitaria Provinciale con sede a Lamezia Terme, esprimendo parere favorevole a pubblicare le ore resesi vacanti nelle Branca di Chirurgia Vascolare.

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. 95036 dell'11 settembre 2018 relativo alla pubblicazione "di un turno di 3 (tre) ore settimanali, con incarico a tempo indeterminato per la branca specialistica di "Chirurgia Vascolare". 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

ASP Catanzaro
Protocollo Generale
N. 0102949 del 02/10/2018

Il Presidente P.F.
Dott. Giuseppe Giuliano



Comitato Consultivo Zonale Provincia di Catanzaro Tel.
Danic

ultivozonale@pec.aspcatanzaro.it



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

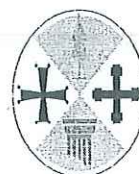
Comitato Consultivo Zonale
Provincia di Catanzaro (art. 16 A.C.N. del 17/12/2015)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANZARO
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

21 SET 2018

PROT. N. 1199



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.

AVVISO PROT. N. 95036 DELL'11 SETTEMBRE 2018

PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI CHIRURGIA VASCOLARE

Ai sensi dell'art. n.9 di cui all'allegato parte integrante della determina INAIL n. 182 dell'11 aprile 2018 in recepimento dell'ACN 2015 vigente e s.m.i. dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni Medici Veterinari Ed Altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi).

PREMESSO che l'INAIL con determina n.182 dell'11 aprile 2018, ha approvato lo schema dell'allegato "Accordo per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali operanti presso l'INAIL", che forma parte integrante della citata determinazione, di recepimento, con modifiche e integrazioni, dell' "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitaria (Biologi, Chimici, Psicologi)";

CONSIDERATO che l'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento provvede alla gestione unitaria del rapporto relativamente agli specialisti ambulatoriali che operano nello stesso ambito zonale o presso istituzioni, fra cui l'INAIL;

VISTO l'art. 9, comma 1, del citato allegato il quale prevede che l'INAIL, prima di chiedere la pubblicazione degli incarichi all'Azienda sede del Comitato Zonale, verifica la possibilità di completare l'orario degli specialisti ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato, già operanti presso l'Istituto e nella medesima branca;

CONSIDERATO CHE non sono pervenute domande di partecipazione al sopra citato Avviso prot. 7219 del 02 luglio c.a.;

VISTO CHE nella seduta del 10 settembre u.s. il Comitato ha preso atto della nuova richiesta, (pervenuta con nota pec) dall' INAIL avente ad oggetto "... Attivazione turno di "Chirurgia Vascolare" per il Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale INAIL Calabria presso il Polo Integrato INAIL - di codesta Azienda Sanitaria Provinciale con sede a Lamezia Terme, esprimendo parere favorevole a pubblicare le ore resesi vacanti nelle Branca di Chirurgia Vascolare;

Stano

OCCORRE procedere alla ripubblicazione dell'Avviso "di un turno di 3 (tre) ore settimanali, con incarico a tempo indeterminato per la branca specialistica di "Chirurgia Vascolare", per come di seguito specificato;

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE	PARTICOLARI CAPACITA' RICHIESTE AI SENSI DELL'ART. 18 COMMA 5
CHIRURGIA VASCOLARE	03 ore a tempo indeterminato	CENTRO POLO DIAGNOSTICO POLISPECIALISTICO REGIONALE INAIL CALABRIA (sede di Lamezia Terme)	Capacità nell'esecuzione di esami ecocolor Doppler vascolari ed essere disponibile ad osservare il seguente orario di lavoro: lunedì dalle ore 8.30 alle ore 11.30

Per l'attribuzione del turno di che trattasi, i candidati dovranno allegare curriculum formativo e professionale, datato e firmato, corredato di tutte le certificazioni relative ai titoli che gli stessi riterranno opportuno presentare ai fini dell'accertamento del possesso delle particolari capacità professionali richieste. La scelta dello specialista ambulatoriale sarà operata, sulla base della documentazione presentata e di una prova di verifica, da parte di una Commissione Tecnica per come previsto dall'art. 9, del citato ACN INAIL;

La data e il luogo di svolgimento della prova saranno comunicati con un preavviso a mezzo Posta Elettronica Certificata;

Tutti gli aspiranti all'incarico dovranno comunicare, ai sensi dell'art.18, comma 3, la propria disponibilità all'Azienda entro dieci giorni dalla pubblicazione sul sito aziendale;

La domanda, allegata al presente Avviso, prot n. 95036 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:

sottoscritta e trasmessa al: **Al Presidente del Comitato Zonale ASP di Catanzaro Via Daniele n.10, 88100 Catanzaro e trasmessa per come di seguito indicato:**

- *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 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.

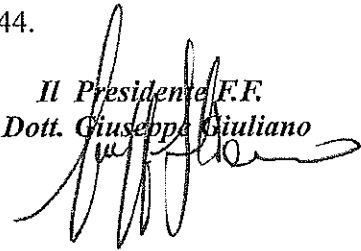
Saranno escluse pertanto le domande:

Per eventuali informazioni telefonare al numero telefonico 0961/722944.

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



Il Presidente 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.95036 DELL'11 SETTEMBRE 2018 NELLA BRANCA DI CHIRURGIA VASCOLARE

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	PARTICOLARI CAPACITA' RICHIESTE
CHIRURGIA VASCOLARE	03 ore a tempo indeterminato	CENTRO POLO DIAGNOSTICO POLISPECIALISTICO REGIONALE INAIL CALABRIA (sede di Lamezia Terme)	AI SENSI DELL'ART. 18 COMMA 5 Capacità nell'esecuzione di esami ecocolor Doppler vascolari ed essere disponibile ad osservare il seguente orario di lavoro: lunedì dalle ore 8.30 alle ore 11.30

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:

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.

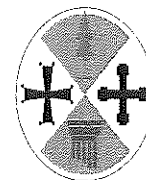
___ sottoscritto___, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata

al seguente indirizzo di posta certificata pec _____

Data _____

Firma _____

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



**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, alla es, alla presente documento di identità in corso di validità~~

Data _____

firma per esteso e leggibile

**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