



REGIONE CALABRIA

del / /2023

Prot. n.
Comitato Zonale
Via Dante Alighieri, s.n.c.
89900 Vibo Valentia

OGGETTO: comma 12, art. 19, A.C.N. 31 marzo 2020.

Premesso che:

l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie, la cui ipotesi di accordo è stata sottoscritta in data 25 giugno 2019 dalla SISAC e dalle OOSS di categoria e reso esecutivo a decorrere dal 31.03.2020, data di assunzione del relativo provvedimento che ne sancisce l'intesa da parte della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le province autonome in vigore fino alla stipula del successivo Accordo;

In particolare, l'art. 19 dell'A.C.N. del 31.03.2020 stabilisce requisiti, domande e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento a cui, per come disposto al comma 12, è demandato anche di pubblicare sul sito istituzionale un "avviso per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione";

il comma 12 dell'art. 19 dell'A.C.N. del 31.03.2020 disciplina le modalità di formazione delle graduatorie aziendali per il conferimento degli incarichi temporanei e di sostituzione nell'attività svolta da Specialisti, Veterinari e Professionisti, graduati 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;

nella seduta del 10 dicembre 2020 del Comitato zonale per la specialistica ambulatoriale, è stato stabilito di procedere alla pubblicazione dell'Avviso di cui sopra per la formazione di dette graduatorie valide per l'anno 2021;

considerato che l'Azienda deve predisporre le Graduatorie Aziendali di disponibilità, come previsto dal richiamato art. 19, comma 12, del vigente ACN, da utilizzarsi per l'attribuzione di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione, che rimarrà in vigore fino alla pubblicazione della graduatoria provinciale.

indice il seguente

AVVISO

Per la predisposizione di graduatorie di specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione - anno 2023 /2024

Ai sensi dell'art. 19 dell'A.C.N. per la Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) il presente avviso è rivolto agli specialisti ambulatoriali, nell'ordine di priorità che segue:

- 1) Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 dell'art. 19, secondo l'ordine di punteggio;
- 2) Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Le domande di ammissione all'avviso, dovranno essere redatte in bollo, secondo la modulistica allegata (**all.ti 1 e 2**) e dovranno essere trasmesse, unitamente alla documentazione ad essa allegata, entro il 15° giorno dalla pubblicazione del bando sul sito aziendale, con le seguenti modalità:

- 1) Direttamente al protocollo generale: entro le ore 12:00, dal lunedì al venerdì;
- 2) tramite pec: aspvibovalentia@pec.it;
- 3) per raccomandata all'indirizzo: Comitato Zonale ASP Vibo Valentia, Via Dante Alighieri, 67.

ai fini del conferimento degli incarichi di cui al presente avviso, l'Azienda si riserva di contattare i medici specialisti, sempre secondo l'ordine di graduatoria.

Si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazione delle domande di ammissione agli impieghi di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445

Le Graduatorie dei Medici specialisti disponibili sarà formalizzata con provvedimento del Commissario Straordinario su proposta del Responsabile della sezione di Medicina Convenzionata della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione e verrà pubblicata sul sito Aziendale nella sezione "Avvisi".

Ai sensi del D.Lgs n° 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della sola procedura prevista dal presente avviso e all'eventuale attribuzione e gestione del rapporto di lavoro, ed avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza , liceità e trasparenza, secondo le modalità stabilite.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alla Sezione di Medicina convenzionata della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione – tel. 0963/962717 (Dr. Gabriele Chiera), mail: g.chiera@aspvv.it.

Il presente Avviso è pubblicato sul sito web aziendale.


Il Segretario
Dr. Gabriele A. Chiera


Il Presidente
Dott. Luigi Mandia

IL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE SCADE IL GIORNO 2 AGOSTO 2023

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo da
16,00 €, da annullare con
data e firma

Azienda Sanitari Provinciale
S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e
Formazione
Sezione Medicina Convenzionata
Via Dante Alighieri, 67
89900 Vibo Valentia

Pec: aspvibovalentia@pec.it

All.to 1

OGGETTO: domanda di partecipazione all'avviso per la predisposizione di graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione – anno 2023.

Il/la sottoscritto/a dott.ssa _____

Nato/a il ___ / ___ / ___ a _____ (prov.) _____

C.F.: _____

Recapiti: cell.: _____

*e-mail: _____

*pec: _____

* obbligatori per eventuali comunicazioni da parte dell'Azienda Sanitaria

N.B.: è obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità in corso di validità e modulo marca da bollo (all.to 3), a pena di esclusione.

CHIEDE

di partecipare all'Avviso, pubblicato sul sito istituzionale in data ___ / ___ / ___ con scadenza in data ___ / ___ / ___ , a valere per l'anno 2021 relativamente all'ambito zonale dell'ASP di Vibo Valentia nel cui territorio intende ottenere l'incarico provvisorio, a tempo determinato o l'affidamento di sostituzione. In qualità di:

medico specialista branca di _____;

odontoiatra:

medico veterinario:

- o branca Sanità Animale;
- o branca Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- o branca Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;

professionista biologo;

professionista chimico;

professionista psicologo;

professionista psicoterapeuta.

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 e s.m.i.

(opzione a) di essere iscritto nelle Graduatorie provinciali valide per l'anno 2023 ;

(opzione b) di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19, che saranno graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea e, pertanto, si acclude autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria in oggetto (all.to2).

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento di identità

Data ___ / ___ / _____

Firma per esteso _____

All.to 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO
(ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____ (nome) _____

Nato/a il ___ / ___ / _____ a _____ (prov) _____

C.F.: _____

Residente alla _____, n° _____

Comune _____ (prov. _____) cap _____

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445,

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla U.E. _____;

di possedere il diploma di laurea (DL)/ laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in:

- medicina e chirurgia;
- odontoiatria e protesi dentaria;
- medicina veterinaria;
- biologia;
- chimica;
- psicologia;

conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___: senza lode; con lode .

di essere abilitato all'esercizio della professione di _____
Nella sessione: _____ presso l'Università di: _____

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ presso l'ordine provinciale/regionale di _____ dal ___ / ___ / _____

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

Conseguita in data ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___ senza lode; con lode

di essere in possesso del titolo di:

Psicoterapia ex art. 35 legge 56/89 autorizzazione dell'Ordine degli psicologi della Regione:

_____ il ___ / ___ / _____

Psicoterapia ex art. 3 legge 56/89 conseguita il ___ / ___ / _____ con voto ___ / ___

senza lode con lode, presso l'Istituto riconosciuto: _____

di _____ (prov. _____)

Via _____ n° _____ tel.: _____

di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del Fondo Previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale;

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

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario, professionista sanitario.

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità

Data ___ / ___ / _____

firma per esteso _____

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI OPZIONE "B"

Modulo per l'attestazione di pagamento di bollo dovuta per la presentazione di istanze alla pubblica amministrazione

Il sottoscritto:

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / _____

Residente in _____ prov. _____ cap. _____

Via _____ n° _____

consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale – art. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n°445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 quanto segue:

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina Convenzionata: n° identificativo della marca da bollo: _____ del ___ / ___ / _____;
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

_____ / ___ / _____

firma autografa leggibile
