



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**

ASP Catanzaro
Protocollo Generale
N. 0067627 del 10/06/2019



**COMITATO ZONALE ASP CZ
PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

**AVVISO STRAORDINARIO
PER CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

BRANCA DI GERIATRIA

PROT. N. 67627 DEL 10 GIUGNO 2019

PREMESSO CHE le Aziende, per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, e solo ed esclusivamente per esigenze straordinarie possono conferire incarichi a tempo determinato per un periodo non superiore a 12 (dodici) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta;

VISTA la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri prot. n. 207806 del 30 maggio c.a. a firma del Commissario ad Acta Gen. Dott. Saverio Cotticelli e del Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute Dott. Antonio Belcastro con quale è stata chiesta la rivalutazione degli ospiti ad oggi presenti nelle strutture residenziali per anziani ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 ad oggi operanti in Azienda;

PRESO ATTO dell'autorizzazione del Direttore Generale f.f. Dr.ssa Amalia Maria Carmela De Luca di procedere in considerazione della situazione rappresentata con nota n. 63698 del 31 maggio u.s. dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie Dr. Maurizio Rocca ad oggetto: Rivalutazione ospiti strutture residenziali. Richiesta assegnazione di n.76 ore nella branca di Geriatria;

CONSIDERATO che nella seduta del 6 giugno u.s. al Comitato ai sensi dell'art.5 lettera a) è stato chiesto parere in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla programmazione dell'attività (rivalutazione ospiti strutture residenziali) esclusivamente per esigenze straordinarie (art.20 vigente A.C.N.) necessarie al fine di ottemperare alla nota prot. n. 207806 del 30 maggio c.a.;

PRESO ATTO del verbale n.3 della citata seduta, il Comitato ha espresso all'unanimità parere favorevole a procedere per come di seguito integralmente riportato *"...il Comitato, all'unanimità, preso atto dei contenuti della nota prot. n. 207806/2019 e dell'autorizzazione del Direttore Generale f.f. Dr.ssa Amalia Maria Carmela De Luca, di procedere in considerazione della situazione rappresentata con nota n. 63698 del 31 maggio u.s. dal Direttore del Dipartimento Cure Primarie Dr. Maurizio Rocca ad oggetto: Rivalutazione ospiti strutture residenziali. Richiesta assegnazione di n.76 ore nella branca di Geriatria, e ritiene necessario bandire in via straordinaria fissando viste*

le ore richieste dal Direttore delle Cure Primarie provvedendo all'attribuzione di 2 incarichi a tempo determinato per un totale di ore 76 da destinare ai distretti Aziendali di Catanzaro, Soverato e Lamezia Terme.

Lo stesso Comitato vista la straordinarietà delle esigenze venutesi a creare ed al fine di ottemperare alla nota ministeriale, gli specialisti, ed i professionisti aspiranti devono comunicare, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato Zonale dal 1° al 5° giorno successivo alla pubblicazione sul sito aziendale...";

OCCORRE per quanto sopra procedere alla pubblicazione di n.76 ore branca di Geriatria per come di seguito specificato;

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
GERIATRIA	76 ORE BRANCA DI GERIATRIA PROVVEDENDO ALL'ATTRIBUZIONE DI N.2 INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (MESI 1)	DISTRETTI AZIENDALI DI CATANZARO SOVERATO E LAMEZIA TERME PER VALUTAZIONE STARORDINARIA DEGLI ASSISTITI PRESENTI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Art. 1

Presentazione della domanda

Per essere ammessi a partecipare all'avviso in questione, preso atto della straordinarietà delle esigenze venutesi a creare ed al fine di ottemperare alla nota prot. n. 207806 del 30 maggio c.a., gli specialisti, ed i professionisti aspiranti devono comunicare, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato Zonale dal 1° al 5° giorno successivo alla pubblicazione sul sito aziendale...";

La domanda, allegata al presente avviso, dovrà essere indirizzata **Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale** dotata di una marca da bollo di € 16,00 (Circolare Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010).

E' obbligatorio altresì allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

La domanda di partecipazione potrà essere 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 dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata);
- Posta Elettronica Certificata Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro all'indirizzo comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it (è necessario inviare la domanda in un unico file formato PDF ed allegare autocertificazione di cui alla domanda) entro e non oltre le ore 24,00 del 5° giorno successivo alla pubblicazione sul sito aziendale...” 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 comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it.


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


Presidente del Comitato Zonale
Dr. Maurizio Rocca



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

**AVVISO STRAORDINARIO
PER CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

BRANCA DI GERIATRIA

PROT. N. 67627 DEL 10 GIUGNO 2019

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

Marca da bollo
di euro 16,00

__ sottoscritt Dr. _____ nato il _____
a _____ Prov. _____ Comune di residenza _____
Via _____ cap _____ prov. _____ tel. _____
pec _____ (leggibile)

Codice Fiscale

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

CHIEDE

di concorrere all'assegnazione straordinaria di n.76 ore branca di Geriatria per come di seguito specificato;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDE
GERIATRIA	76 ORE BRANCA DI GERIATRIA PROVVEDENDO ALL'ATTRIBUZIONE DI N.2 INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (MESI 1)	DISTRETTI AZIENDALI DI CATANZARO SOVERATO E LAMEZIA TERME PER VALUTAZIONE STARORDINARIA DEGLI ASSISTITI PRESENTI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

☐ 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 _____;

DICHIARA DI ESSERE

- ☐ Specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro valida per l'anno 2019 per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 20, comma 2);
- ☐ specialista non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro, disponibile a ricoprire l'incarico ed in possesso dei requisiti previsti dal vigente (art.20 comma 3);
- ☐ Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

DICHIARA INOLTRE

☐ 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.

Il sottoscritto, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo di posta certificata **pec** _____;

NOTE _____

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;

Allegare documento di identità in corso di validità.

Data _____

firma per esteso e leggibile