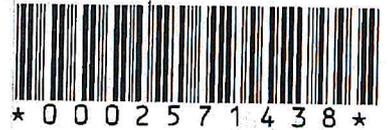




**COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**



**AVVISO II° TRIMESTRE**

**PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI BRANCA PSICHIATRIA  
AI SENSI DEGLI ARTT. 18 e 19 A.C.N. 2015 e s.m.i. PER LA MEDICINA SPECIALISTICA**

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 Consultivo Zonale** nella seduta del 5 giugno u.s ha disposto la pubblicazione delle ore nella branca di Psichiatria per come si evince dal verbale n.3, integralmente di seguito riportato "... *Il Presidente, in merito al conferimento degli incarichi dei medici specialistici ambulatoriali relativi alla Sanità Penitenziaria di cui alla deliberazione n. 554/2019, precisa che trovano per effetto del DPCM del 01 aprile 2008, rendicontazione separata, indipendentemente quindi dalla cristallizzazione della spesa al 31 dicembre 2008.*

*Vista la pressante richiesta dell'Autorità Giudiziaria e fermo restando la necessità della Pubblicazione delle 13 ore residue così per come si evince dalla nota n. 60726/2019 a firma del Direttore Generale f.f. Dr.ssa Amalia Maria Carmela De Luca, allegata al presente verbale quale parte integrante e sostanziale, e ferma la necessità di ottemperare a quanto evidenziato dal Magistrato di Sorveglianza Dott.ssa Laura Antonini (nota n. 398/19) e dal Direttore della Casa Circondariale di Catanzaro Dott.ssa Angela Paravati occorre procedere alla pubblicazione di n.13 ore totali nella branca di Psichiatria di cui 7 ore presso la Casa Circondariale e 6 ore presso l'Istituto Penitenziario Minorile ai sensi del vigente A.C.N.*

*Nelle more del completamento delle procedure, vista l'emergenza testimoniata dalle pressanti richieste dell'Autorità Giudiziaria, il Comitato esprime parere favorevole per il conferimento di un incarico provvisorio per n. 13 ore totali nella branca di Psichiatria, di cui 7 ore presso la Casa Circondariale e 6 ore presso l'Istituto Penitenziario Minorile ai sensi del vigente A.C.N..".*

**OCCORRE** per quanto sopra provvedere *alla pubblicazione di ore 13 (tredici) nella Branca di Psichiatria ai sensi del vigente A.C.N. per come di seguito indicato:*

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDI
PSICHIATRIA	13 ORE A TEMPO INDETERMINATO DI CUI 7 (SETTE) PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE E 6 (SEI) PRESSO L' ISTITUTO PENALE MINORILE	LA CASA CIRCONDARIALE (7 ORE) ISTITUTO PENALE MINORILE (6 ORE)

*Art. 1*

Per essere ammessi a partecipare all'avviso in questione, gli specialisti, ed i professionisti aspiranti devono comunicare, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato Zonale dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione ai sensi del vigente A.C.N. per la medicina specialistica ambulatoriale;

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.

Ai sensi dell'art. 19 comma 1, 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](mailto: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 10 luglio 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 [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it)

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

*Presidente del Comitato Zonale*  
Dr. Maurizio Rocca

**DOMANDA ASSEGNAZIONE TURNI VACANTI AI SENSI DEGLI ARTT. N.18 E N.19  
DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE VIGENTE DEI MEDICI SPECIALISTI,  
VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ ( BIOLOGI CHIMICI PSICOLOGI).**

**II° TRIMESTRE 2019**

**AVVISO PROT. N.67632 DEL 10 GIUGNO 2019**

**BRANCA DI PSICHIATRIA**

Marca da bollo  
di euro 16,00

Azienda Sanitaria Provinciale  
Al Presidente del  
Comitato Consultivo Zonale  
Via A. Daniele,10  
88100 Catanzaro

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

**Codice Fiscale**

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

**CHIEDE**

di concorrere all'assegnazione incarichi vacanti a tempo indeterminato disponibili nella branca di **Branca di Psichiatria** ai sensi del vigente A.C.N. per come di seguito indicato:

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDI
PSICHIATRIA	13 ORE A TEMPO INDETERMINATO DI CUI 7 (SETTE) PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE E 6 (SEI) PRESSO L' ISTITUTO PENALE MINORILE	LA CASA CIRCONDARIALE (7 ORE) ISTITUTO PENALE MINORILE (6 ORE)

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. vigente 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 vigente 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 \_\_\_\_\_ per come di seguito indicato:

Azienda \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_

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

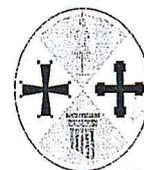
n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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

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

Azienda \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_

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



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

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

3.  specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo \_\_\_\_\_ per come di seguito indicato:

Azienda \_\_\_\_\_ 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 del vigente A.C.N.;
- di rinunciare ( eventuali ore ) \_\_\_\_\_

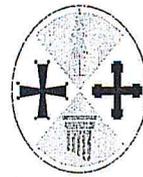
Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.

\_\_\_ 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 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