

AVVISO INTERNO RIVOLTO AI DIRIGENTI MEDICI SPECIALISTI IN PSICHIATRIA PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI RICADENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DELL'ASP DI CATANZARO.

In ragione della grave carenza di personale medico nella disciplina di Psichiatria presso gli Istituti Penitenziari ricadenti nel territorio di competenza di questa Azienda, recentemente aggravata dalla cessazione di un'unità di personale convenzionato, nelle more delle definitive assegnazioni di personale, è indetto un avviso interno per manifestazione di interesse da parte dei dirigenti medici specialisti in Psichiatria disponibili allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art 115, c. 2 e 2 bis, del CCNL 19/12/2019, al fine di garantire la continuità assistenziale presso gli Istituti medesimi.

Pertanto, si chiede ai Dirigenti Medici di Psichiatria, dipendenti a tempo determinato/indeterminato dell'ASP di Catanzaro, di voler manifestare la propria disponibilità all'esecuzione di prestazioni aggiuntive, da retribuire nella misura di euro 60,00, ai sensi dell'art. 24 del CCNL del 19/12/2019.

Sono esclusi dalla partecipazione i dirigenti che rientrino nelle tipologia di cui all'art. 4 del Regolamento approvato con deliberazione n. 609 del 03/07/2019.

Si precisa che l'esecuzione delle prestazioni di cui trattasi non deve comportare in alcun modo pregiudizio alla normale attività di istituto nonché il superamento del limite complessivo massimo di impegno lavorativo di n. 48 ore settimanali, e delle altre norme in tema di riposo giornaliero, riposo settimanale e delle altre disposizioni di cui al D.Lgs. n. 66/01 e s.m.i., anche alla luce delle norme di cui alla Legge n. 161/2014 ed è subordinata al tentativo infruttuoso di cambi turno nei dovuti casi;

Gli interessati devono produrre apposita domanda indirizzata al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, **entro e non oltre giorno 22 giugno 2022.**

La domanda deve essere inoltrata esclusivamente nella seguente modalità:

- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: gestionerisorseumane@pec.asp.cz.it, 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. Si prega, inoltre di inviare la domanda e gli allegati in formato PDF, inserendo il tutto in un unico file. A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di sottoscrizione della domanda: sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato oppure sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione di un valido documento d'identità.

Resta fermo che l'inoltro della domanda tramite pec ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, lett. c-bis, del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e s.m.i. e dalla circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo le modalità previste all'art. 38 del DPR n. 445/2000, considerato che l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative

all'utenza personale di pec, è di per sé sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore di essa e a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Sarà cura del candidato verificare l'avvenuta consegna della domanda inviata tramite la verifica di ricezione delle ricevute di accettazione e consegna. L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files trasmessi.

La domanda, redatta su carta semplice, debitamente sottoscritta dagli interessati, deve essere corredata dalla copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.

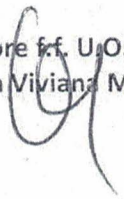
L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in qualunque momento, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritti di sorta.

La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

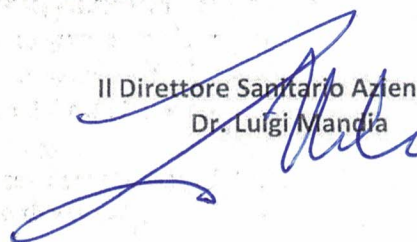
Ai sensi della normativa vigente, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per le finalità di gestione dell'avviso in argomento.

Per eventuali informazioni relative alla presente avviso gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – Gestione delle Procedure di Selezione e Reclutamento – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro o collegarsi al sito www.asp.cz.it/bandi/concorsi e avvisi, ove potranno reperire copia del presente bando e il modello della domanda di partecipazione.

Il Direttore f.f. U.O.C. GRU
Dott.ssa Viviana Marasco



Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Luigi Mandia



Allegato A
Modello di domanda:

Al Commissario Straordinario
A.S.P. di Catanzaro
Via Vinicio Cortese, 25
88100 CATANZARO

Il sottoscritto, _____, nato a _____
il _____ e residente in _____ (Prov. di _____) alla via
_____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per manifestazione di interesse da parte dei dirigenti medici specialisti in Psichiatria disponibili allo svolgimento di prestazioni aggiuntive presso gli Istituti Penitenziari ricadenti nel territorio di competenza dell'ASP di Catanzaro, pubblicato sul sito web istituzionale – Sezione Concorsi e Avvisi il _____.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità di:

- ♦ Essere nat ___ a _____ il _____;
- ♦ Essere residente in _____ alla Via _____ n. _____;
- ♦ Di essere dipendente a tempo determinato/indeterminato dell'ASP di Catanzaro nel profilo professionale di _____;
- ♦ Di prestare servizio presso l'U.O. _____;

___I___ sottoscritt___ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr. _____

PEC _____

E MAIL _____

Recapito Telefonico _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

___I___ sottoscritt___ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

___I/___a sottoscritt___ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto della vigente normativa in materia, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso.

___I___ sottoscritt___ allega alla presente domanda:

- Copia fotostatica del documento d'identità.

Data _____

Firma _____