



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE NELLE POSTAZIONI TERRITORIALI DEL SISTEMA EMERGENZA/URGENZA E NEI PRONTO SOCCORSO DI LAMEZIA TERME, DI SOVERIA MANNELLI E DI SOVERATO – INTEGRAZIONE DELIBERAZIONE N. 905 DEL 03/08/2021.

In esecuzione della deliberazione n. 949 del 19/08/2021, ad integrazione della deliberazione n. 905/2021, è indetto avviso interno per manifestazione di disponibilità allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art 115, c. 2 e 2 bis del CCNL 19/12/2019, nelle postazioni territoriali del Sistema Emergenza/Urgenza e nei Pronto Soccorso di Lamezia Terme, di Soveria Mannelli e di Soverato.

Il presente avviso è riservato ai Dirigenti Medici dipendenti dell'ASP di Catanzaro in servizio presso il Dipartimento di Emergenza, nonché ai Dirigenti Medici in servizio presso altri Dipartimenti, che hanno acquisito, nel corso della carriera, convalidata esperienza nel Servizio di Emergenza - Urgenza.

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

Gli interessati devono produrre apposita domanda indirizzata alla Commissione Straordinaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, entro e non oltre il **5° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito web istituzionale [www.asp.cz.it/bandi/bandi di concorso/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/bandi_di_concorso/concorsi_e_avvisi)**.

Qualora detto giorno sia sabato o festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve essere inoltrata con una delle seguenti modalità:

- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: dipartimentoemergenza@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 dell'interessato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato oppure sottoscrizione della domanda con firma autografa dello stesso 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 smi 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 dell'interessato 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.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande è perentorio.

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

L'esperienza acquisita, nel corso della carriera professionale, nel Servizio di Emergenza – Urgenza deve essere attestata mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione o atto di notorietà, secondo il modello allegato (Allegato B).

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.

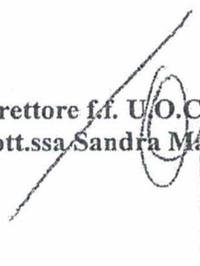
La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Ai sensi della normativa vigente, i dati forniti 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 – P.O. Gestione delle Procedure di Selezione e Reclutamento – Viale Pio X (ex Villa Mater Dei) – 88100 Catanzaro – Telefono e fax: 09617033493 o collegarsi al sito [www.asp.cz.it/bandi/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/concorsi_e_avvisi), ove potranno reperire copia del presente bando e il modello della domanda di partecipazione.

Catanzaro, li _____.

Il Direttore f.f. U.O.C/GRU
Dott.ssa Sandra Matozzo



Allegato A
Modello di domanda:

Alla Commissione Straordinaria
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 essere ammesso a partecipare all'avviso interno per manifestazione di disponibilità allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art 115, c. 2 e 2 bis del CCNL 19/12/2019, nelle postazioni territoriali del Sistema Emergenza/Urgenza e nei Pronto Soccorso di Lamezia Terme, di Soveria Mannelli e di Soverato, 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 indeterminato dell'ASP di Catanzaro nel profilo professionale di _____;
- ◆ Di essere in possesso della Specializzazione in _____;
- ◆ Di prestare servizio presso l'U.O. _____;

__l__ sottoscritt__ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr/Sig. _____ Via _____ n. _____ (CAP)
_____ Telefono n. _____ PEC _____ MAIL _____

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

__l__ 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.

__l/___ 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.

__l__ sottoscritt__ allega alla presente domanda:

- Dichiarazione sostitutiva attestante l'esperienza acquisita, nel corso della carriera professionale, nel Servizio di Emergenza – Urgenza;
- Copia fotostatica del documento d'identità.

Data _____

Firma _____

Allegato B

Fac-simile per dichiarazione sostitutiva di certificazione o atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 45/2000)

(da compilare per dichiarare l'esperienza acquisita nel Servizio di Emergenza - Urgenza)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in
_____ Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell'art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

- di prestare / avere prestato servizio presso l'Azienda: _____

(indicare l'esatta denominazione dell'Ente/Azienda / Datore di lavoro presso cui l'attività è stata prestata, con indirizzo completo, con indicazione se pubblica, privata o accreditata con Servizio Sanitario Nazionale)

- in qualità di: _____

indicare esattamente il profilo professionale

- nella disciplina di: _____

- a tempo indeterminato, a tempo determinato, con contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale

 contratto libero prof.le, borsista, volontario, altro: _____

indicare la tipologia del rapporto di lavoro

- con impegno orario settimanale di ore _____ *indicare l'impegno orario settimanale*
➤ dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lvo. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE 2016/679 per gli adempimenti relativi alla presente procedura.

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega fotocopia del documento d'identità.