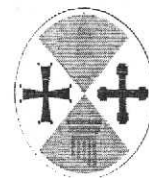




SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



DIREZIONE GENERALE

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI  
COSENZA



N. Prot. **0166701**  
del **20/12/2016**

Titolo/Classe/Sottocl.  
1 2 1

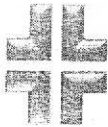
Al **Comitato Consultivo Zonale**  
**ASP Cosenza**  
**SEDE**

Oggetto: **Trasmissione Avviso di Pubblicazione ore – 4° trimestre 2016 –.**

In allegato alla presente, si trasmette l'Avviso relativo alla pubblicazione ore del 4° trimestre 2016 - per il seguito di Vs competenza.  
Distinti saluti



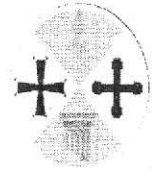
Il Direttore Generale  
Dr. Raffaele Mauro



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE \*  
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

DIREZIONE GENERALE

REGIONE CALABRIA

**AVVISO  
BANDO DI PUBBLICAZIONE DI TURNI SPECIALISTICI VACANTI PRESSO L'ASP DI  
COSENZA  
QUARTO TRIMESTRE 2016**

Questa Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 19 del CCNL 17/12/2015 rende noto che sono disponibili i sotto indicati turni di attività specialistica ambulatoriale. Tale pubblicazione resterà affissa all'Albo on-line del Comitato Zonale per come disposto dall'ACN del 17/12/2015.

**CASA CIRCONDARIALE di Cosenza**

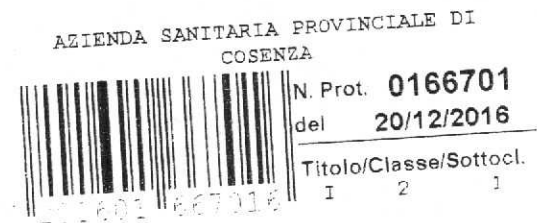
n.25 ore di Psichiatria  
n. 5 ore di Otorinolaringoiatria

**CASA CIRCONDARIALE di Rossano**

n. 5 ore di Otorinolaringoiatria  
n. 5 ore di Cardiologia  
n.5 ore di Infettivologia  
n. 5 ore di Ortopedia

**CASA CIRCONDARIALE di Castrovillari**

n.3 ore di Infettivologia  
n. 5 ore di Ortopedia  
n. 15 ore di Psichiatria  
n. 3 ore di Otorinolaringoiatria



**Le sedi e gli orari di servizio verranno concordati dagli specialisti ambulatoriali con i Direttori dei Distretti Sanitari indipendentemente dalla sede indicata sulla base delle esigenze aziendali**

Gli specialisti ambulatoriali potranno inviare dal 1/01/2017 al 10/01/2017 e precisamente entro il 10° giorno del mese successivo a quello di pubblicazione, di cui all'art.19 dell'ACN del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Cosenza presso Viale degli Alimena n°8 — 87100 Cosenza — a mezzo raccomandata A/R oppure a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC:[protocollo@pec.asp.cosenza.it](mailto:protocollo@pec.asp.cosenza.it), utilizzando la modulistica pubblicata sul sito [www.asp.cosenza.it/Comitato Zonale](http://www.asp.cosenza.it/Comitato_Zonale).

Data \_\_\_\_\_



Il Direttore Generale  
Dott. Raffaele Mauro

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
DELLA PROVINCIA DI COSENZA  
C/O ASP COSENZA  
Via Alimena n.8 87100 COSENZA**

**OGGETTO:** ASSEGNAZIONE TURNI DISPONIBILI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA NELLA  
BRANCA DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_  
CHIEDE

di concorrere all'assegnazione dei turni disponibili nella branca sopra indicata pubblicati nel trimestre \_\_\_\_\_  
come di seguito specificato (indicare Ente e numero di 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.)**

1) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2) di essere residente in Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

5) 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 \_\_\_\_\_;

6) di essere/non essere iscritto nella relativa graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno \_\_\_\_\_;

7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato ai sensi dell' ACN vigente nella branca  
di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*indicare l'Ente, il  
tipo di incarico, la branca, il numero di ore settimanali espletate e la decorrenza dell'incarico*);

8) di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni previste ai sensi dell'art. 19 comma 2 dell'A.C.N. del 17/12/2015 e  
precisamente: (*barrare la casella che interessa e indicare l'Ente, il tipo di incarico, la branca, il numero di ore  
settimanali espletate e la decorrenza dell'incarico*);

a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella provincia di **Cosenza** dal

\_\_\_\_\_, già a tempo determinato dal \_\_\_\_\_, attualmente espletato presso \_\_\_\_\_

**b)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante dal \_\_\_\_\_ già a tempo determinato dal \_\_\_\_\_, attualmente espletato presso \_\_\_\_\_;

**c)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante dal \_\_\_\_\_ già a tempo determinato dal \_\_\_\_\_, attualmente espletato presso \_\_\_\_\_

**d)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico.

**e)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, che chiede il passaggio nella branca di \_\_\_\_\_

**f)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1.

**g)** titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal \_\_\_\_\_

**h)** iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 dell'ACN della provincia di Cosenza, attualmente valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti al posto n. \_\_\_\_\_.

**i)** medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal \_\_\_\_\_, che intende transitare a un incarico specialistico, previo rinuncia al rapporto in corso.

Dichiara inoltre

9) di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico di specialista ambulatoriale;

10) di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 25 dell'ACN 17/12/2015;

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive:

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e\_mail /Pec \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Firma candidato \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare fotocopia di un documento di identità non scaduto.**