

**AVVISO PUBBLICO PER
RECLUTAMENTO PERSONALE MEDICO DA UTILIZZARE PER INCARICHI PROVVISORI
E SOSTITUZIONI NEL SETTORE DELL' ASSISTENZA PRIMARIA**

In conformità a quanto stabilito dagli art 37 comma 15 e 38 comma 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale, siglato dalla Conferenza Stato Regioni in data 29 Luglio 2009, è indetto un avviso pubblico per la formazione di una graduatoria di disponibilità aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni nel settore dell'assistenza primaria ;

Tale avviso è rivolto ai medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2017, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n° 27 del 20/03/2017 , ovvero, se non inseriti nella suddetta graduatoria i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e regolarmente iscritti all'albo professionale, ovvero se non in possesso del suddetto attestato, i medici regolarmente iscritti all'albo professionale;

Le domande, corredate di un valido documento di identità , e formulate secondo il fac simile allegato, potranno essere presentate a mano al protocollo generale di questa ASP oppure per posta, all'indirizzo Via M.Nicoletta Centro Direzionale "il Granaio"-Crotone, o per posta elettronica al seguente indirizzo protocollo@pec.asp.crotone.it , tassativamente entro il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso all'albo pretorio di questa ASP.

Nell'istanza dovranno dichiararsi oltre che i dati anagrafici dell'interessato , la residenza , il recapito telefonico (rete fissa o cellulare) presso cui raggiungere il medico e l'indirizzo di posta elettronica ;

-indicare eventuale iscrizione a corsi di formazione in medicina generale o a corsi di specializzazione ;

Costituiscono motivi di esclusione dalla graduatoria :

- 1)la mancanza della firma nella domanda , che non dovrà essere autenticata
- 2)la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito ;

Gli incarichi saranno conferiti a seguito di predisposizione ed approvazione di apposita graduatoria redatta graduando i medici secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva di settore vigente con priorità per i residenti nell'ambito territoriale che risulta carente di assistenza ;
b)medici non inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

c) medici iscritti all'albo professionale non in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda

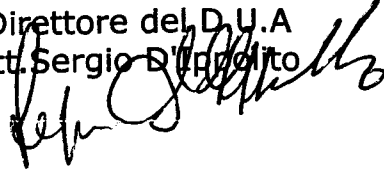
Il Responsabile Uff Conv Sett Med.Gen.

Dr.ssa Maria Concetta Spina



Il Direttore del D.U.A

Dott. Sergio D'Amico



Azienda Sanitaria Provinciale - Crotone
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti

N° 05 del 12 GEN. 2018

Il Direttore Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna GIORDANO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
SETTORE MEDICINA GENERALE
PRESSO D.U.A..
VIA MARIO NICOLETTA
CENTRO DIREZIONALE "IL GRANAIO"
CROTONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ laureato/a in
data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____
Telefono n° _____ indirizzo di posta elettronica _____

con la presente comunica la propria disponibilità per il conferimento di incarichi
provvisori e sostituzioni di assistenza primaria;

A tal fine dichiara di

1) essere/non essere inserito/a al n° _____ e con punti _____ nella
graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n° 27 del 20/03/2017 ;

2) essere/non essere iscritto/a a corsi di formazione specifica in medicina
generale o a scuole di specializzazione _____

3) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;

4) detenere/non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato
in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte

5) non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'A.C.N. 29 Luglio 2009 e dall'
accordo integrativo regionale 16/09/2006 .

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data _____

Firma _____