

All. 1 "Incarichi Vacanti Continuità Assistenziale"

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO DI CALABRIA

Tabella redatta in riferimento alla delibera n. 1026/18 Reggio Calabria

POSTAZIONE	N. INCARICHI
CARDETO	1
PELLARO	1
RAVAGNESE	1
REGGIO NORD	1
FERRUZZANO	1
STAITI	1
TOTALI	6

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

tabella redatta in riferimento alla Determina n. 861/18 D.U.A. Crotone

AREA TERRITORIALE DI CROTONE	
POSTAZIONE	N. INCARICHI
CROTONE 2	2
ISOLA DI CAPO RIZZUTO	2
CUTRO	2
BELVEDERE SPINELLO	2
AREA TERRITORIALE DI CIRO' MARINA	
POSTAZIONE	N. INCARICHI
CIRO' MARINA	2
CRUCOLI	1
STRONGOLI	2
CASABONA	2
UMBRIATICO	2
AREA TERRITORIALE DI MESORACA	
POSTAZIONE	N. INCARICHI
MESORACA	3
ROCCABERNARDA	1
TOTALE AZIENDA N.21	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

Tabella redatta in riferimento alla delibera n. 1066/2018

SEDE	N. INCARICHI	ATTIVITA' DA GARANTIRE
CASA CIRCONDARIALE – "Ugo Caridi Di Catanzaro"	7	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
CDT C/O "Ugo Caridi" di Catanzaro	2	DCA N. 8/2017

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA O NORMA TRANSITORIA N. 2 ACN 21/06/2018)

All'ASP _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n _____ cap _____ a far data dal _____

Azienda Sanitaria di residenza _____ e residente nel territorio

della Regione _____ dal _____

n. Tel. _____ P.e.c. _____ (obbligatoria – leggibile)

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'ACN per la Medicina Generale, laureato il _____, con voto _____,

FA DOMANDA

di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____,

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti, per la continuità assistenziale;

secondo quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018 ACN 21/07/2018,

a) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati SI NO (barrare ciò che interessa)

o

b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario o Area Territoriale _____

o

c) Solo per i seguenti incarichi vacanti: _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo P.e.c. _____.

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi della L. 445/2000 sulla residenza storica;
- documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva** atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi della norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018.
- documento di riconoscimento debitamente firmato;

allegati n. _____ (_____) documenti.

Data _____ firma per esteso _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
 ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
 (per trasferimento)

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DI _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n. _____ cap _____ a far data dal _____

Azienda Sanitaria di residenza _____ e residente nel territorio della

Regione _____ dal _____.

n. Tel _____ P.e.c. _____ (obbligatoria – leggibile)

titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda di

_____ della Regione _____, dal _____ e con anzianità

complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

a) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati SI NO (barrare ciò che interessa)

o

b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario o Area Territoriale _____

o

c) Solo per i seguenti incarichi vacanti: _____

Allega :

- autocertificazione sostitutiva resa ai sensi della L. 445/2000 atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'A.C.N. per la Medicina generale;

- l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale;

- documento di riconoscimento debitamente firmato.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo p.e.c. _____.

Data _____

firma per esteso _____