



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



**AVVISO MANIFESTAZIONE INTERESSE
RISERVATO AL PERSONALE INTERNO – DIRIGENTE MEDICO
SPECIALIZZAZIONE: RIANIMAZIONE, PEDIATRIA, RADIOLOGIA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DEI
PP.OO LOCRI E POLISTENA E MCAE P.O LOCRI**

In esecuzione della deliberazione 329 del 03.07.2019 avente ad oggetto: "Autorizzazione per l'espletamento di n° 939 turni di prestazioni aggiuntive per garantire le attività delle SOC di Pediatria, SAR, Radiologia e Ortopedia e Traumatologia dei PP.OO di Locri e Polistena e la SOC MCAE del P.O di Locri per mesi tre eventualmente rinnovabili" integrata con deliberazione n° 425 del 08.09.2019 è indetta Manifestazione di interesse, rivolta al personale interno in possesso delle specializzazioni in: SAR, Radiologia e Ortopedia e Traumatologia dei PP.OO di Locri e Polistena e la SOC MCAE del P.O di Locri.

Ritenuto di far fronte alle criticità delle suddette U.O.C mediante ricorso a "prestazioni aggiuntive" di cui all'art. 14 del CCNL del 03.07.2005 della Dirigenza Medica Veterinaria;

Che a tal fine, occorre acquisire la disponibilità del personale interno di questa Azienda in qualità di Dirigente Medico- Specializzazione: Pediatria, SAR, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia, MCAE

Si INVITA

Il personale dipendente di questa Azienda in qualità di Dirigente Medico in possesso delle specializzazioni Pediatria, SAR, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia, MCAE o in discipline equipollenti o affini, a manifestare il proprio interesse a prestare attività in regime di "prestazioni aggiuntive" presso le UU.OO. sopra richiamate.

Si Precisa:

Che tali prestazioni sono inibite ai dirigenti medici non in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere dipendenti dell'Azienda;
- Senza debito orario;
- Rapporto di lavoro esclusivo;
- A tempo pieno da almeno 6 mesi;
- Idoneità fisica allo svolgimento della prestazione;
- Non fruitore di permessi a vario titolo nel giorno in cui è effettuata la prestazione aggiuntiva;

che le prestazioni devono essere effettuate nel rispetto della seguente procedura:

1. All'inizio dell'attività il Direttore DEU trasmette al GRU l'elenco nominativo delle personale dipendente coinvolto;
2. La prestazione deve essere attestata dalla timbratura in entrate e uscita;
3. Non si può effettuare la prestazione aggiuntiva nei giorni di assenza a vario titolo, né durante i normali turni di servizio, guardia, pronta disponibilità;
4. Alla fine di ogni mese le UU.OO trasmette un modulo riepilogativo delle prestazioni effettuate con l'indicazione del nominativo del Dirigente Medico, giorno, orario e prestazione, secondo lo schema allegato che dovrà essere firmato dal Responsabile U.O, Direttore DEU e controfirmato dal Dirigente Medico interessato.
5. Alla fine di ogni mese l'U.O.C predispone liquidazione previa verifica.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande, redatte in carta semplice, indirizzate all'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, corredate della documentazione di seguito richiesta, dovranno essere indirizzate alla Commissione Straordinaria dell'ASP – Via S. Anna II° tronco 18/P e pervenire all'Ufficio Protocollo, **entro il 15°giorno successivo alla pubblicazione all'Albo Pretorio di questa Azienda.**

Le domande inoltrate oltre il termine suddetto o con modalità diverse da quelle sopra descritte non saranno accettate.

- DOMANDA:

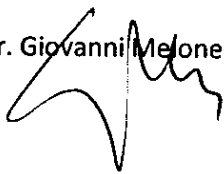
Nella domanda di partecipazione gli aspiranti partecipanti devono indicare, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

1. Cognome e Nome;
2. Data, luogo di nascita e di residenza e domicilio, numero di telefono ed e-mail;
3. Diploma di Laurea con voto;
4. Abilitazione all'esercizio professionale;
5. Specializzazione in _____ con voto;
7. **Di essere dipendente dell'ASP di Reggio Calabria dal** _____ **con rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo**
6. Iscrizione e numero dell'Ordine professionale;
7. I titoli professionali e di studio posseduti nonché i requisiti specifici richiesti per l'ammissione;
8. Il possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico di cui al presente avviso;
9. L'indicazione dell'U.O di appartenenza;
10. Idoneità fisica
11. di non avere debito orario

L'esito della procedura sarà pubblicato sul sito Aziendale alla Voce Avvisi e Concorsi.

Reggio Calabria _____

Dr. Giovanni Melone



La Commissione Straordinaria
Dr.ssa Maria Carolina Ippolito



Dr. Domenico Giordano

FAC SIMILE DOMANDA

Alla Commissione Straordinaria
ASP Reggio Calabria
Via S. Anna II° tronco 18/P
89128 Reggio Calabria

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di poter partecipare alla manifestazione di interesse riservata al personale interno, per l'espletamento di prestazioni aggiuntive, nella disciplina di pubblicata all'Albo Pretorio di questa Azienda in data _____ attività in regime di prestazioni aggiuntive nella disciplina di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara di:

e essere nato a _____ il _____ e di risiedere a _____ in _____ via _____

- essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea;
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi;
- non aver riportato condanne penali, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali;
- essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione _____
- essere in possesso della Laurea in _____ con votazione _____;
- essere in possesso della Specializzazione in _____ con votazione _____;
- essere iscritto all'Albo dell'ordine dei medici chirurghi;

di essere dipendente dell'ASP di Reggio Calabria dal _____ rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo presso l'U.O di _____ del P.O di _____

- di essere idoneo allo svolgimento dell'attività richiesta;
- di non avere debito orario;

Di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente Avviso nonché ai regolamenti interni dell'ASP di Reggio Calabria;

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

via _____ CAP _____

telefono: _____ indirizzo posta elettronica certificata per i possessori di PEC.

Data _____

Firma _____