



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

COSENZA

DIREZIONE GENERALE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Prot. n. 97524 del 5/09/2023

AVVISO

BANDO DI PUBBLICAZIONE DI TURNI SPECIALISTICI VACANTI PRESSO L'ASP DI COSENZA TERZO TRIMESTRE 2023

Visto l'art. 3 comma 7 dell'A.C.N. 31/03/2020 e s.m.i.;

Questa Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 20 dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i. 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 vigente:

DISTRETTO COSENZA SAVUTO:

- 21 ore settimanali tempo indeterminato branca **Cardiologia** sede San Giovanni in Fiore;
- 12 ore settimanali tempo indeterminato branca **Radiologia** sede San Giovanni in Fiore
- 20 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psichiatria** per l'U.O.C.- ATP sede San Giovanni in Fiore;
- 8 ore settimanali tempo indeterminato branca **Fisiatria** ai sensi dell'art. 20 comma 5 del'ACN vigente, **con particolari Capacità Professionali per UVM ed esperienza documentata di almeno cinque anni in tale attività;**

CASA CIRCONDARIALE DI COSENZA:

- 38 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psicologia per Psicologia** riferite solo ed esclusivamente ai professionisti Psicologi in possesso di laurea magistrale in Psicologia e diploma di Specializzazione in "**Psicologia Clinica**";

DISTRETTO VALLE CRATI:

- 17 ore e 30minuti settimanali tempo indeterminato branca **Cardiologia;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Gastroenterologia;**
- 28 ore settimanali tempo indeterminato branca **Chirurgia Vascolare;**
- 13 ore settimanali tempo indeterminato branca di **Radiologia per Ecografia;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Ortopedia;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Oculistica;**
- 24 ore settimanali tempo indeterminato branca **Ostetricia e Ginecologia sede Consultorio Familiare** ai sensi dell'art 20 comma 5 dell'ACN vigente con particolari capacità professionali in riferimento alla specifica e comprovata esperienza nel campo della diagnosi prenatale delle patologie malformative.
Nello Specifico il Candidato idoneo dovrà garantire l'esecuzione di: ecografia screening del 1° trimestre comprensiva della valutazione anatomica del Feto nonché alla valutazione doppler delle arterie uterine, ecografia di screening del 2° trimestre per lo studio della morfologia del feto, ecografia di riferimento per la valutazione delle anomalie congenite del Feto, ecocardiografia fetale, amniocentesi e villocentesi.

I candidati ai fini dell'ammissione dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- 1 Aver maturato specifica e comprovata esperienza di almeno sei mesi all'interno di Centri di Medicina Fetale e/o dipartimenti di diagnosi prenatali nazionali e/o internazionali;
- 2 Essere in possesso di Master o Titoli accreditati da strutture Universitarie riconosciuti di livello Nazionale e/o Internazionale relativamente all'esecuzione della Ecocardiografia

Fetale(della durata di almeno sei mesi).Sono escluse partecipazioni a corsi o congressi a tema;

- 3 Accreditamento presso la “Fetal Medicine Foudation FMF” alla esecuzione della Ecografia Ostetrica per lo studio della translucenza nucale nell’ambito della ecografia screening del 1° trimestre ;
- 4 Comprovata esperienza nella esecuzione di tecniche di diagnosi prenatale invasiva(amniocentesi e villocentesi);

DISTRETTO IONIO NORD:

- 12 ore settimanali tempo indeterminato branca **Pneumologia;**
- 13 ore settimanali tempo indeterminato branca **Diabetologia di cui 7 ore sede di Cassano e 6 ore sede di Rocca Imperiale;**

DISTRETTO TIRRENO:

- 19 ore settimanali tempo indeterminato branca **Diabetologia;**
- 16 ore settimanali tempo indeterminato branca **Neuropsichiatria Infantile;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Dermatologia;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Oculistica;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Chirurgia Vascolare;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Radiologia per Ecografie;**
- 38 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psichiatria** da assegnare U.O.C – ATP Tirreno di cui n. 19 presso S.P.D.C. di Cetraro;
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Medicina e Chirurgia D’accettazione e D’Urgenza;**

CASA CIRCONDARIALE DI PAOLA:

- 16 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psichiatria** Casa Circondariale di Paola;
- 2 ore settimanali tempo indeterminato branca **Radiologia per Ecografie;**
- 38 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psicologia per Psicologia** riferite solo ed esclusivamente ai professionisti Psicologi in possesso di laurea magistrale in Psicologia e diploma di Specializzazione in “ **Psicologia Clinica**”

DISTRETTO IONIO SUD:

- 5 ore settimanali tempo indeterminato branca **Urologia;**
- 10 ore settimanali tempo indeterminato branca **Geriatría;**
- **27** ore tempo indeterminato branca **Oculistica;**
- 18 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psichiatria** da assegnare U.O.C. – ATP Rossano;

CASA CIRCONDARIALE DI ROSSANO:

- 10 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psicologia per Psicoterapia** ai sensi dell’art. 20 comma 5 dell’ACN vigente – riferite solo ed esclusivamente ai professionisti Psicologi in possesso di Laurea magistrale in Psicologia e di Diploma di Specializzazione in Psicoterapia con esperienza documentata svolta all’interno delle Case Circondariali;

DISTRETTO ESARO POLLINO:

- 30 ore settimanali tempo indeterminato branca **Radiologia;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Diabetologia;**
- 12 ore settimanali tempo indeterminato branca **Endocrinologia;**
- 24 ore settimanali tempo indeterminato branca **Reumatologia;**
- 9 ore settimanali tempo indeterminato branca **Chirurgia Vascolare;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Neuropsichiatria Infantile;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Otorinolaringoiatria;**
- 6 ore settimanali tempo indeterminato branca **Oculistica;**
- 24 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psichiatria** da assegnare U.O.C – ATP Castrovillari;

- 24 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psicologia per Psicoterapia** riferite ai professionisti Psicologi in possesso di Laurea magistrale in Psicologia e di Diploma di Specializzazione in Psicoterapia ambito territoriale **Pollino**;
- 24 ore settimanali tempo indeterminato branca **Psicologia per Psicoterapia** riferite ai professionisti Psicologi in possesso di Laurea magistrale in Psicologia e di Diploma di Specializzazione in Psicoterapia ambito territoriale **Esaro**;
- 30 ore settimanali tempo indeterminato branca **Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base**;
CASA CIRCONDARIALE DI CASTROVILLARI
- 12 ore settimanali tempo indeterminato branca Psichiatria **C.C. di Castrovillari**;

Gli specialisti interessati potranno inviare entro il **15/09/2023**, secondo quanto previsto dall'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), la propria disponibilità, **in formato pdf**, al Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Cosenza, **solo ed esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata** al seguente indirizzo PEC: **protocollo@pec.asp.cosenza.it**, utilizzando la modulistica allegata al presente avviso unitamente alla fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità.

Solo ed esclusivamente per i turni relativi al possesso delle Particolari Capacità Professionali ai sensi dell'art 20 comma 5 dell'ACN vigente, gli aspiranti dovranno presentare unitamente alla modulistica allegata al presente avviso, un curriculum personale autocertificato comprovante l'attività svolta con le competenze richieste ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000. La Commissione Tecnica nominata successivamente stabilirà le procedure da attivare per l'individuazione degli idonei.

PER INFO TEL. 0984/8933548
COMITATO CONSULTIVO ZONALE

F.TO **Il Direttore Generale**
ASP Cosenza
Dott. Antonio Graziano

**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 ai sensi dell'art. 20 dell'A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i. come di seguito specificato (indicare Ente, Distretto/i e numero di ore come specificato nel bando/Avviso):

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. 28, comma 1.

g) titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____

h) iscritto nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN della provincia di Cosenza, attualmente valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti al posto n. _____.

i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art.19;

j) 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. 27 dell'ACN 31/03/2020;

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.