



AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI REGIONALI DI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA DISPONIBILI A PRESTARE LA PROPRIA ATTIVITA' NELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CALABRIA.

Il presente avviso pubblico è volto alla formazione di elenchi di Medici in formazione specialistica disponibili a prestare la propria attività presso le Aziende del Servizio Sanitario regionale interessate da una grave carenza di risorse umane.

L'Avviso è rivolto ai Medici specializzandi, a partire dal terzo anno, regolarmente iscritti al corso di formazione specialistica nelle seguenti discipline:

- ✓ Medicina e chirurgia d'accettazione d'urgenza
- ✓ Pediatria
- ✓ Anestesia e rianimazione
- ✓ Chirurgia generale
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Geriatria
- ✓ Malattie dell'apparato cardiovascolare
- ✓ Ginecologia e ostetricia
- ✓ Radiodiagnostica
- ✓ Ortopedia e traumatologia
- ✓ Nefrologia
- ✓ Oncologia
- ✓ Malattie dell'apparato respiratorio
- ✓ Chirurgia Vascolare
- ✓ Chirurgia Toracica
- ✓ Psichiatria
- ✓ Neuropsichiatria Infantile

Ad esito della procedura di cui al presente avviso, gli elenchi dei partecipanti saranno resi disponibili dal Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari" alle Aziende del servizio sanitario regionale interessate all'avvio di procedure concorsuali ex art. 1, c. 547 e seguenti della legge 145/2018, nel rispetto dell'accordo quadro relativo alle modalità di svolgimento della formazione per l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi(22A02514) (GU Serie Generale n.92 del 20-04-2022), con successiva assunzione a tempo indeterminato al momento del conseguimento del titolo di specializzazione.

Il Dipartimento Tutela della Salute, tenuto conto di quanto stabilito nei punti 3 e 4 del predetto Accordo Quadro e ad esito della presente procedura, qualora dovessero essere accertate disponibilità

per Aziende o Presidi non ricompresi nella rete formativa, attiverà ogni utile interlocuzione con gli organi preposti finalizzata alla stipula delle necessarie convenzioni.

Modalità di partecipazione:

L'adesione all'avviso potrà essere espressa mediante la compilazione del modulo allegato 1 (in cui indicare le strutture delle Aziende del SSR per le quali il medico manifesta la propria disponibilità e qualora siano presenti i reparti specialistici), corredata da copia di un documento di identità in corso di validità. Il modulo, unitamente alla documentazione sopra specificata, dovrà essere sottoscritto e trasmesso in formato pdf, esclusivamente a mezzo pec, al seguente indirizzo: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

Scadenza: Il presente avviso rimane aperto sino al **30 settembre 2022**.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/2016/UE

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 informiamo che i dati personali di coloro che presenteranno domanda ai sensi del presente avviso saranno raccolti e trattati per le finalità della procedura, in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine si fa presente che:

1. la Regione Calabria è il titolare del trattamento;
2. il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione all'avviso. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge. I dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari) e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
3. Gli interessati hanno il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (rpd@pec.regione.calabria.it).
4. Possono inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

(Allegato 1)

MODULO DI PARTECIPAZIONE

Al Dipartimento
“Tutela della Salute, Servizi Socio - Sanitari”
della Regione Calabria
dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI REGIONALI DI MEDICI SPECIALIZZANDI DISPONIBILI A PRESTARE LA PROPRIA ATTIVITA' NELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CALABRIA.

Il/La sottoscritto/a
nato/a ila (Prov:)
residente in
indirizzo n.....
luogo (Prov:)
codice fiscale
tel
cellulare
mail
Pec

MANIFESTA

Il proprio interesse alla procedura in oggetto e dichiara di essere disponibile a prestare la propria attività presso le seguenti strutture del Servizio Sanitario:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO	<i>preferenza</i>
PO DI LAMEZIA TERME	<input type="checkbox"/>
PO DI SOVERATO	<input type="checkbox"/>
PO DI SOVERIA MANNELLI	<input type="checkbox"/>

AZIENDA OSPEDALIERA “PUGLIESE CIACCIO” DI CATANZARO	<i>preferenza</i>
AO DI CATANZARO	<input type="checkbox"/>

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA “MATER DOMINI” DI CATANZARO	<i>preferenza</i>
AOU DI CATANZARO	<input type="checkbox"/>

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA	<i>preferenza</i>
P.O. DI CETRARO	<input type="checkbox"/>
P.O. DI PAOLA	<input type="checkbox"/>
P.O. DI ROSSANO	<input type="checkbox"/>
P.O. DI CORIGLIANO	<input type="checkbox"/>
P.O. DI CASTROVILLARI	<input type="checkbox"/>
P.O. DI SAN GIOVANNI IN FIORE	<input type="checkbox"/>
P.O. DI ACRÌ	<input type="checkbox"/>
P.O. DI TREBISACCE	<input type="checkbox"/>
P.O. DI PRAIA A MARE	<input type="checkbox"/>

AZIENDA OSPEDALIERA ANNUNZIATA DI COSENZA	<i>preferenza</i>
A.O. DI COSENZA	<input type="checkbox"/>

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA	<i>preferenza</i>
P.O. DI POLISTENA	<input type="checkbox"/>
P.O. DI LOCRI	<input type="checkbox"/>
P.O. DI MELITO PORTO SALVO	<input type="checkbox"/>
P.O. DI GIOIA TAURO	<input type="checkbox"/>

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO “BIANCHI MELACRINO MORELLI” DI REGGIO CALABRIA	<i>preferenza</i>
A.O. DI REGGIO CALABRIA	<input type="checkbox"/>

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA	<i>preferenza</i>
P.O. DI VIBO VALENTIA	<input type="checkbox"/>
P.O. DI TROPEA	<input type="checkbox"/>
P.O. DI SERRA SAN BRUNO	<input type="checkbox"/>

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE	<i>preferenza</i>
P.O. DI CROTONE	<input type="checkbox"/>

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 in caso di dichiarazioni false o mendaci del medesimo DPR 445/2000, quanto segue:

- di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita a il
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di al n.
- di essere iscritto regolarmente al terzo anno di corso o ad anni successivi presso per il conseguimento di una delle seguenti specializzazioni:

SPECIALIZZAZIONE	
Medicina e chirurgia d'accettazione d' urgenza	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>
Terapia intensiva e rianimazione	<input type="checkbox"/>
Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato cardiovascolare	<input type="checkbox"/>
Ginecologia e ostetricia	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Ortopedia e traumatologia	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>
Oncologia	<input type="checkbox"/>
Pneumologia	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Vascolare	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Toracica	<input type="checkbox"/>
Psichiatria	<input type="checkbox"/>
Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/>
Medicina Interna	<input type="checkbox"/>
Geriatrics	<input type="checkbox"/>

Allega alla presente:
- copia di documento di identità in corso di validità.

luogo e data _____

Firma
