

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 - TERAMO
AVVISO PUBBLICO

per la predisposizione di graduatoria Aziendale di disponibilità, di cui all'art. 2, comma 6, A.C.N. del 21/06/2018, di modifica dell'art. 15 ACN 2005, per la Medicina Generale, per eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o affidamento di sostituzione nell'ambito della Medicina Generale – anno 2020

Si rende noto che questa A.S.L., con provvedimento n. 2300 del 27/12/2019, intende procedere, ai sensi dell'art. 2, comma 6 - ACN 2018 (che ha modificato l'art. 15 ACN 2005), all'istituzione della una Graduatoria Aziendale per l'anno 2020, dei medici disponibili ad eventuale incarico provvisorio, a tempo determinato o di sostituzione nelle attività previste dall'A.C.N. per la Medicina Generale.

Posscono concorrere all'inserimento nella graduatoria oggetto del presente avviso:

- a) gli iscritti nella graduatoria regionale per la Medicina Generale valevole per l'anno 2020, secondo l'ordine di punteggio;
b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere b), c), d), e) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea.

Al fine di garantire l'efficienza del servizio, anche nel rispetto dei principi che regolano la reperibilità domiciliare, gli aspiranti all'inclusione in graduatoria dovranno dichiarare espressamente la disponibilità a ricoprire l'incarico su tutto il territorio Aziendale.

I medici dovranno assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio, per le tipologie di incarico che lo prevedono, per detta disponibilità sarà corrisposta l'indennità per uso automezzo, prevista dagli Accordi vigenti, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

Nella domanda di partecipazione, gli aspiranti di cui al punto a) devono riportare la posizione occupata nella Graduatoria Regionale con il relativo punteggio. I non iscritti in graduatoria di cui alle lettere b), c), d), e), potranno autocertificare, ai sensi di legge, l'età, la data di laurea e il relativo voto.

Si precisa che gli incarichi in parola saranno conferiti ai medici che abbiano dato la disponibilità secondo l'ordine indicato dalle specifiche norme di ciascun settore, come di seguito riportati:

- per l'Assistenza Primaria, secondo quanto disposto dagli artt. 37 e 38 ACN,
- per la Continuità Assistenziale, secondo quanto disposto dall'art. 70 ACN,
- per l'Emergenza Sanitaria Territoriale "118", secondo quanto disposto dall'art. 97 ACN,

nonché secondo le norme vigenti dell'A.I.R.

Per l'attribuzione degli incarichi provvisori e di sostituzione di Medicina Turistica si applicano i criteri previsti, in materia, per la Continuità Assistenziale, fatte salve le dovute eccezioni riferite al tipo di incarico.

Le domande di partecipazione al presente avviso, **in bollo** e conformi al modello allegato, devono essere inviati alla Asl esclusivamente a mezzo Pec al seguente indirizzo: **cast@pec.aslteramo.it**, entro **30 giorni dalla data di pubblicazione sul sito dell'Azienda**. La domanda deve essere debitamente sottoscritta e la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge.

Si ricorda che la domanda, a pena di esclusione, deve:

1. essere debitamente **sottoscritta** (la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge);
2. essere **spedita entro il termine** prescritto;
3. essere corredata da un **valido documento di riconoscimento**;
4. essere corredata da **marca da bollo e modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo**.

Per eventuali informazioni o chiarimenti inerenti il presente Avviso, gli interessati potranno rivolgersi alla U.O.C. Attività Amministrative Assistenza Territoriale e Distrettuale del Dipartimento Assistenza Territoriale – Uff. Medicina convenzionata, tel. 0861/420281.

IL DIRETTORE U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE
ASSISTENZA TERR.LE E DISTRETTUALE
Dott. Francesco Baiocchi

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
ASSISTENZA TERRITORIALE
Dott. Valerio F. Profeta**

IL DIRETTORE GENERALE F.F.
Dott. Maurizio Di Giosia

L'Avviso è stato pubblicato il 31/12/2019
SCADENZA: 30/01/2020



ASL TERAMO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERR.LE
U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA
TERRITORIALE E DISTRETTUALE
Ufficio Medicina Convenzionata
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO

cast@pec.aslteramo.it

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

l sottoscritt_ dott._____

nat_ il _____ a _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

C. Fiscale _____

indirizzo di posta elettronica (leggibile) _____ @ _____

indirizzo di posta P.E.C. (leggibile) _____ @ _____

D I C H I A R A: (barrare le caselle interessate)

- ☐ la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- ☐ la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Guardia Turistica;
- ☐ la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel servizio di E.S.T. "118" **(solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'Emergenza sanitaria Territoriale "118"):**
- ☐ la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nell'ambito dell'Assistenza Primaria.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____;
- di essere abilitat_ all'esercizio della professione medica dal _____;
- di essere iscritt_ all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere/non essere iscritt_ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2020 – Settore Continuità Assistenziale al n. _____ con punti _____; - Settore Emergenza Sanitaria Territoriale "118" al n. _____ con punti _____;
- di avere/non avere acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. N. 259/91 in data _____;
- di essere/non essere iscritt_ al seguente corso di specializzazione _____ dal _____ al _____;
- di essere/non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ dal _____ al _____;
- di essere incondizionatamente idone_ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Medicina Generale e s.m.i...;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio Aziendale;
- di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare: 1) copia del documento di riconoscimento

2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

(da allegare alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2020)

Spazio per apposizione della marca da
bollo, da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. ____ il _____

codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020 con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data

Firma leggibile

Avvertenze

- 1) ***Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020.***
- 2) ***La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.***
- 3) ***Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in altro a sinistra del modulo di domanda.***