

DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Valerio F. Profeta

Tel. 0861420275 – Fax 0861420274

e mail: valerio.profeta@asliteramo.it

PEC: cast@pec.asliteramo.it



U.O.C. ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE

Direttore: dott. Francesco Baiocchi - tel.: 0861/420402 - mail: francesco.baiocchi@asliteramo.it

Ufficio Posizione Organizzativa. Specialistica ambulatoriale e Medicina convenzionata – Tel. 0861/420285 – fax 0861/420284 – mail:

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DEL 31.03.2020

OGGETTO: **1° TRIMESTRE 2021**. PUBBLICAZIONE TURNO SETTIMANALE DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI 22 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO.

SEDE	BRANCA	ORE SETT.LI
SEDI AZIENDALI	BRANCA CARDIOLOGIA	38

AZIENDA SANITARIA LOCALE TERAMO - PUBBLICAZIONE TURNI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILI – **1° TRIMESTRE 2021**.

—AVVISO SUI REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE DEI CONCORRENTI E SUI TERMINI E SULLE MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI—

Ai sensi dell'articolo 22 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti coi Medici specialisti ambulatoriali, per i Medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), si rendono noti i turni di specialistica ambulatoriale disponibili presso le strutture della ASL di Teramo pubblicati/che verranno pubblicati in data **01.3.2020**, sul sito aziendale. Gli interessati potranno visualizzare ed estrarre la documentazione occorrente sul sito web aziendale seguendo il presente percorso: [home page](#) → [Azienda](#) → [Medicina Convenzionata](#) → [Specialisti ambulatoriali](#) → [Turni di specialistica ambulatoriale per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato 1° trimestre 2021](#), oppure, presso la home page aziendale nello spazio "IN PRIMO PIANO".

I medici specialisti, i medici veterinari e i professionisti aspiranti al/ai turno/i disponibile/i, dovranno inoltrare [dal giorno 1 al giorno 15 del mese di pubblicazione, pena l'esclusione](#), dichiarazione di disponibilità a mezzo raccomandata a.r. indirizzata a: ASL Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, 64100 Teramo – specificando i turni disponibili ai quali si intende concorrere.

Gli specialisti interessati dovranno presentare separata istanza per ogni turno (spedite anche in unica busta ma con allegati per ogni singolo turno).

La domanda, redatta in carta libera, deve essere indirizzata al Direttore Generale della ASL di Teramo, Circonvallazione Ragusa, 1 –64100 Teramo -e deve essere inoltrata esclusivamente mediante una delle seguenti modalità:

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: aslteramo@raccomandata.eu ;
- a mezzo raccomandata AR;

Per la dichiarazione di disponibilità spedita a mezzo raccomandata a.r. il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata.

I concorrenti dovranno allegare tutta la documentazione prevista dall'avviso di pubblicazione.

La ASL non terrà conto delle domande pervenute in difformità alle disposizioni di cui al presente avviso. Non è ammessa la presentazione di documenti dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto. Questa ASL non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione o tardiva ricezione della domanda dovuti ad eventuali disguidi o ritardi postali. La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta dal candidato determinerà l'esclusione dalla procedura di selezione. La domanda di partecipazione deve essere, altresì, presentata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità, a pena di esclusione. Si precisa che la validità dell'invio della domanda di partecipazione mediante posta elettronica certificata (PEC), così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato. La domanda di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf. La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmesse è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

La dichiarazione di disponibilità trasmessa a mezzo PEC dovrà essere firmata dal candidato in maniera autografa e scannerizzata oppure firmata digitalmente e inviata unitamente alla documentazione richiesta e al documento d'identità.

L'Amministrazione non assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

Gli aspiranti al/ai turno/i, qualora si trovino in una delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale o svolgano altre attività incompatibili che, sommate alle ore di incarico richieste, vengano a superare il massimale orario di n. 38 (trentotto) ore settimanali consentito dall'art.28 del vigente ACN del 31.03.2020, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti a cessare.

I requisiti previsti per il conferimento dell'incarico sono quelli elencati nell'art. 19 comma 4 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allega alla presente informativa.

La procedura per il conferimento del/i turno/i in argomento è quella prevista 22 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allegano alla presente informativa.

Gli interessati nella nuova dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e nell'autocertificazione informativa-allegato B (preordinate dalla scrivente ASL) dovranno dichiarare di essere consapevoli delle conseguenze derivanti dagli artt. 75 (decadenza dai benefici) e 76 (norme

penali) del DPR 445/2000 in caso di responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi di cui ai richiamati articoli.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, a seguito di idonei controlli, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Si precisa che in applicazione della Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15 (Legge di stabilità 2012), non saranno accettate certificazioni o attestazioni riferite a stati, qualità personali e fatti dei soggetti partecipanti alla procedura di selezione successive al 01.01.2012 e, in tal caso la mancata autocertificazione sulla capacità professionale comporterà l'esclusione dalla procedura di conferimento incarico.

Si precisa, infine, che ai sensi della citata legge n. 183/2011 i candidati non dovranno chiedere o produrre alla Pubblica Amministrazione certificazioni di stati, qualità personali o fatti che risultino in possesso alla stessa.

Le dichiarazioni imprecise, incomplete, contraddittorie e prive del documento di riconoscimento NON saranno prese in considerazione.

Allegati:

- 1) fac-simile domanda
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ASL
- 3) allegato B autocertificazione informativa ASL
- 4) articolo 19 (pag. 31) e articolo 22 del vigente ACN di categoria del 31.3.2020. =

IL FUNZIONARIO
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. M. Di Bonaventura)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Valerio F. Profeta)

IL DIRETTORE U.O.C.
(Dott. Francesco Baiocchi)

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Di Giosia

RACCOMANDATA A. R. o PEC

OGGETTO: Dichiarazione **disponibilità** al conferimento di TURNO/I SETTIMANALE/I DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILE/I A TEMPO DETERMINATO.

TRIMESTRE PUBBLICAZIONE: **1°/ 2021** (pubblicazione dal **01** al **15** del mese di **marzo** 2021)

BRANCA: _____

Il/La sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____ n° cellulare _____ indirizzo PEC: _____

DICHIARA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico per il seguente turno settimanale **(gli interessati dovranno presentare separata domanda per ogni singolo turno** (spedite anche in unica busta)

(descrizione turno con indicazione ore, branca e sede)

TURNO SETTIMANALE DI N. 38 (TRENTOTTO) ORE SETTIMANALI NELLA BRANCA DI CARDIOLOGIA PRESSO LE SEDI DISTRETTUALI DELL'AREA TERRITORIALE GRAN SASSO LAGA E DELL'AREA DISTRETTUALE ADRIATICO.

Luogo e data _____

Firma

ART. 22 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO.

1. Le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione, secondo le cadenze indicate all'articolo 20, comma 3, possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi. Gli aspiranti all'incarico devono comunicare la propria disponibilità secondo i termini e le modalità di cui all'articolo 21, comma 1.
2. L'incarico di cui al comma 1 è conferito allo specialista, veterinario o professionista secondo la graduatoria di cui all'articolo 19, comma 10 in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi.
3. In caso di indisponibilità di specialisti, veterinari o professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19, comma 10, l'Azienda può utilizzare quelle di cui al comma 12.
4. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista incaricato a tempo determinato compete lo specifico trattamento economico di cui all'articolo 49.
5. Gli incarichi a tempo determinato non possono essere convertiti a tempo indeterminato.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ART. 19 – REQUISITI, DOMANDE, GRADUATORIE E COMPITI DELL'AZIENDA SEDE DEL COMITATO ZONALE.

1. Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'articolo 2, comma 1, deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, a mezzo di procedura telematica al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato zonale di riferimento nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico ovvero al competente ufficio dell'Azienda delegata ai sensi del successivo comma 2. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione relativamente alle modalità di trasmissione ai moduli di domanda, alle modalità di comunicazione agli interessati.
2. La Regione, sentito il parere del Comitato regionale, per semplificazione burocratica e riduzione di spese amministrative ed impiego di personale, può individuare ed assegnare ad una o più Aziende l'espletamento della procedura prevista dal presente articolo.
3. La domanda, in bollo, deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, atte a provare il possesso dei titoli professionali, conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente, elencati nella dichiarazione stessa.
4. Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 27, comma 1, lettere h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti: **ACCADEMICI**
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
 - d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F___Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (*in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*_____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*_____);

13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*_____);

17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei_____di_____.
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*_____
_____;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*_____ *e la misura dell'indennità percepita*_____).

NOTE (3)

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F___Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
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

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....
- ☐ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe
corrispondente in (medicina e
chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica -
psicologia):
 - diploma di laurea con voto/110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../.....;
 - laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
nella sessione..... presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine
provinciale /regionale di..... dal.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario
