

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/_____ del _____.

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2017 dall'Azienda USL di Teramo. Art. 92 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi, per trasferimento o per graduatoria, secondo i facsimile allegati (A - B) compilando altresì l'allegato C.

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata all'Azienda USL di Teramo, in relazione all'incarico vacante pubblicato, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per il conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale".

La ASL competente provvederà a predisporre la graduatoria aziendale che verrà resa pubblica mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo, al conferimento dell'incarico secondo le modalità di cui all' art. 92 dell'ACN per la medicina generale.

Per l'assegnazione dell'incarico i medici che hanno fatto domanda di assegnazione degli incarichi saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale resa pubblica sulla home page del portale regionale: www.regione.abruzzo.it – **NOVITA'**.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. Il telegramma deve pervenire perentoriamente all'Azienda USL di Teramo entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione dell'incarico.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento dell'incarico:

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende UU.SS.LL., anche diverse, della Regione Abruzzo o in Aziende UU.SS.LL. di altre Regioni, anche diverse, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno o da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella sezione I della graduatoria regionale per la medicina generale – settore di emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2017 (pubblicata nel B.U.R.A.T Speciale n. 31 del 10.03.2017) con priorità per:

1. medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa A.S.L. nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III, A.C.N. per la medicina generale;
2. medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
3. medici inseriti nella graduatoria regionale, sezione I, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92, comma 10, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

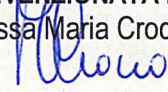
n. incarichi

ASL Teramo

Incarico di 38 ore settimanali, sede di Teramo, con eventuale completamento orario presso le altre sedi del sistema 118, su disposizione del responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria Territoriale "118"

1

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE
MEDICINA CONVENZIONATA E PENITENZIARIA**
Dott.ssa Maria Crocco



Il presente avviso è consultabile sul sito della Regione Abruzzo
(<http://www.regione.abruzzo.it/portale/index.asp>) – NOVITA' – leggi tutti gli AVVISI - e sul B.U.R.A.
(<http://bura.regione.abruzzo.it/>)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

Marca da bollo € 16,00

RACCOMANDATA A.R. Al Direttore Generale
ASL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov.. _____ via _____ n. _____ CAP

_____ tel. _____ cell _____

pec _____ a far data dal _____ Azienda USL di

residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal

_____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di _____ della Regione _____ dal _____;
- di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

6. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

- copia fotostatica di un documento d'identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per graduatoria)

Marca da bollo € 16,00

RACCOMANDATA A.R. Al Direttore Generale
ASL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP

tel. _____ cell. _____ pec _____ inserito

nella graduatoria di settore valida per l'anno 2017 (B.U.R.A.T Speciale n. 31 del 10.03.2017).

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Abruzzo presso la ASL _____ dal _____ al _____;
7. di essere incluso nella sezione I della graduatoria regionale Abruzzo – settore emergenza sanitaria territoriale – per l'anno 2017 con punti _____;

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
 (_____) il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'albo dei
 _____ della provincia di _____
 ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.

445

dichiara formalmente di

1) essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

2) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

4) essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

5) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)

provincia _____ branca _____

periodo : dal _____

6) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

periodo : dal _____

7) essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2) :

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio : dal _____

- 9) operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo

di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro

Periodo : dal _____

- 10)operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge n. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

- 11)svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: Azienda

_____ ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____

Periodo : dal _____

- 12)svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo : dal _____

- 13)avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo : dal _____

- 14)essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

- 15)fruire /non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

Periodo : dal _____

- 16)svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna)

Periodo : dal _____

17 essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo : dal _____

18) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5 ,6 , 7) :
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)
Periodo : dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.
Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede
data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste , qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce " NOTE "

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

