



## AVVISO PUBBLICO

PER L'ATTRIBUZIONE DI N. 6 INCARICHI, A TEMPO INDETERMINATO, DI N. 24 ORE SETTIMANALI DI MEDICO DI ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA, PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI PESCARA

SCADENZA: \_\_\_\_\_

In esecuzione della delibera n° 993 del 16/06/2023, ai sensi dell'art. 72 dell' A.C.N. del 28/04/2022, è indetto avviso pubblico per l'assegnazione di n. 6 incarichi, a tempo indeterminato, di n. 24 ore settimanali cadauno, di Medico di Assistenza Sanitaria Penitenziaria, presso la Casa Circondariale di Pescara.

I medici interessati, entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti con le seguenti precedenza: per trasferimento, per graduatoria regionale, medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31/01/2022, medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale (possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Abruzzo).

Ai fini dell'assegnazione degli incarichi vacanti la ASL di Pescara procederà allo scorrimento della graduatoria secondo l'ordine di precedenza e con le priorità di interpello specificate nel presente Avviso.

I medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi oggetto del presente avviso secondo l'ordine di precedenza di seguito specificato:

a) Per trasferimento, riservato ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato in qualità di Medico di assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico. In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea. Il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

b) i medici inclusi nella Graduatoria Regionale valida per l'anno 2023 (pubblicata sul BURAT Speciale n. 170 del 30 Novembre 2022). I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1. Punteggio riportato nella graduatoria regionale;
2. Punti 5 ai medici che hanno la residenza nell'ambito della ASL di Pescara, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;
3. Punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Abruzzo da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;

In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.01.2022), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al presente Avviso. Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;

d) i medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 Dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 Febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione Abruzzo. I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;

e) i medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 Aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 Giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale in Regione Abruzzo. I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

In fase di assegnazione la ASL di Pescara interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b), i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d) ed infine i medici di cui alla lettera e). I medici di cui alle lettere c), d) ed e) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio della ASL di Pescara, nella Regione Abruzzo, e da ultimo in altra Regione.

Le condizioni ed i requisiti di precedenza di cui ai precedenti punti a), b), c), e d) devono essere mantenuti fino all'assegnazione degli incarichi.

Tutti gli incarichi nel servizio di Assistenza Penitenziaria sono attribuiti a 24 ore settimanali.

Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

Lo stato giuridico ed economico è stabilito dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 28/04/2022 e dagli accordi Integrativi Regionali vigenti.

Le domande di partecipazione al presente avviso, riportante il codice identificativo indicato sulla marca da bollo, dovranno essere trasmesse, **conformi al modello allegato, esclusivamente a mezzo PEC**, al seguente indirizzo : [medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it) **entro e non oltre il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURA, avendo cura di allegare la copia di un documento di identità in corso di validità e la dichiarazione sostitutiva atto di notorietà che attesti l'annullamento della marca da bollo.**

**L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.**

**Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla UOC Dinamiche del Personale-Ufficio Sanitari Convenzionati - Dott. Marco Marchetti tel. 085 4254068 mail = [marco.marchetti@asl.pe.it](mailto:marco.marchetti@asl.pe.it)**

IL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA  
Dott. Vincenzo Ciamponi



ALLEGATO A)  
(fac simile domanda di partecipazione all'avviso pubblico per trasferimento)

Al Direttore Generale ASL Pescara  
Dipartimento Amministrativo  
U.O.C. Dinamiche del Personale  
Ufficio Sanitari Convenzionati  
Pec: [medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it)

**CODICE IDENTIFICATIVO**  
indicato sulla marca da bollo

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**  
all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di Assistenza Penitenziaria  
art. 72, comma 3, lett. a) ACN 28/04/2022

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
P.E.C. (leggibile, in stampatello) \_\_\_\_\_

### C H I E D E

di partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria presso la Casa Circondariale di Pescara, e a tal fine sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

### D I C H I A R A

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ numero iscrizione \_\_\_\_\_;

- di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data \_\_\_\_\_;
- di essere:
  - titolare di incarico a tempo INDETERMINATO di Assistenza Penitenziaria presso la ASL di \_\_\_\_\_ della Regione ABRUZZO, nella sede di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e con anzianità di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria pari a mesi n. \_\_\_\_\_ (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);

oppure

- titolare di incarico a tempo INDETERMINATO di Assistenza Penitenziaria presso la ASL di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ (diversa dalla Regione Abruzzo), nella sede di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e con anzianità di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria pari a mesi n. \_\_\_\_\_ (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);

A tal fine, il/la sottoscritto/a presenta

#### ISTANZA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. a). dell'ACN 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul BURA Abruzzo n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente procedura venga indirizzata presso il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_.

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte retro di documento di riconoscimento in corso di validità; dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



ALLEGATO B)  
(fac simile domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli)

Al Direttore Generale ASL Pescara  
Dipartimento Amministrativo  
U.O.C. Dinamiche del Personale  
Ufficio Sanitari Convenzionati  
Pec: [medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it)

**CODICE IDENTIFICATIVO**  
indicato sulla marca da bollo

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**  
all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di Assistenza Penitenziaria  
art. 72, comma 3, lett. b), c), d) ed e) ACN 28/04/2022  
per titoli

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
P.E.C. (leggibile, in stampatello) \_\_\_\_\_

### C H I E D E

di partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria presso la Casa Circondariale di Pescara, e a tal fine sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

### D I C H I A R A

- di essere residente:  
nella Regione ABRUZZO dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

oppure

- di essere residente presso altra Regione \_\_\_\_\_ (indicare Regione di residenza diversa dalla Regione Abruzzo)  
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere già inserito nella graduatoria della Regione Abruzzo per la Medicina Generale anno 2023 con punteggio di \_\_\_\_\_
- in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale
- in possesso di Titolo equipollente

oppure

- in possesso dei requisiti di cui all'art. 72, comma 3, lett. c), ACN 28/04/2022 (Attestato di formazione in MG conseguito successivamente al termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria della Regione Abruzzo per la M.G. valida per l'anno 2023, ovvero successivamente al 31/01/2022)  
- di frequentare il Corso di Formazione Specifica in M.G. presso la Regione Abruzzo:
- ai sensi del D.L. n. 158/2018 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 12/2019, relativo al corso triennale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ effettivamente iniziato in data \_\_\_\_\_ corrispondente (fatti salvi i periodi sospensione previsti dall'art. 24 del D. Lgs. n. 368/99) all'anno di frequenza:  
1° anno          2° anno          3° anno

oppure

- tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del Decreto Calabria (D.L. n. 35/2019, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 60/2019) relativo al corso triennale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ effettivamente iniziato in data \_\_\_\_\_ corrispondente (fatti salvi i periodi sospensione previsti dall'art. 24 del D. Lgs. n. 368/99) all'anno di frequenza:  
1° anno          2° anno          3° anno

A tal fine, il/la sottoscritto/a presenta istanza di assegnazione per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul BURAT n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito alla presente procedura venga indirizzata presso il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Allega alla presente: dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio); copia fronte retro di documento di riconoscimento in corso di validità; dichiarazione di assolvimento imposta di bollo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO  
da € 16,00  
da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

Nato/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 di € 16,00, dovuta per la presentazione della domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per incarichi vacanti a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria, presso la casa circondariale di Pescara, con la marca da bollo sopra apposta ed 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.

Firma autografa leggibile

Luogo e data \_\_\_\_\_

AVVERTENZE

1 – Il presente modulo, provvisto della marca da bollo annullata secondo le indicazioni di cui sopra, deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per incarichi a tempo indeterminato di assistenza sanitaria penitenziaria, presso la casa circondariale di Pescara.

2 – La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa parte del modulo.



<a href="http://www.ausl.pe.it">www.ausl.pe.it</a>	Regione Abruzzo ASL 03 Pescara
	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo n. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo n. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ASL di Pescara

#### **1. ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E SUOI DATI DI CONTATTO**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara, nella persona del suo Direttore Generale. Titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica che «determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali» (articolo 4, n. 7 del Regolamento). I dati di contatto del Titolare sono:

ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47 a Pescara.

email: [segreteria\\_dg@ausl.pe.it](mailto:segreteria_dg@ausl.pe.it), PEC: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

#### **2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47, Pescara

[dpo@ausl.pe.it](mailto:dpo@ausl.pe.it), PEC: [dpo.aslpe@pec.it](mailto:dpo.aslpe@pec.it)

#### **3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO.**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte della ASL di Pescara della formazione della graduatoria aziendale per l'assegnazione degli Incarichi carenti e conseguente procedura per attribuzione incarico, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28.04.2022

#### **4. AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)**

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I suoi dati personali all'interno dell'ASL sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento".

#### **5. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

Ella può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- Accesso (art. 15 del Regolamento)
- Rettifica (art. 16 del Regolamento)
- Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
- Portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

#### **6. DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO**

Ella ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Potrà esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASL di Pescara.



**7. DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO**

Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

**8. PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO.**

Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, previo il suo consenso espresso in calce alla presente informativa, i suoi dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

**9. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge. I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche). Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento.

**10. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, li .....

Firma .....

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa di cui sopra:

- esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati
- NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati
  
- esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa
- NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa

Luogo, li .....

Firma .....