

SCADE IL 31/01/2017

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AI SENSI DELL'ART. 70, DELLA NORMA TRANSITORIA 4 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29.07.2009 E DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DI CUI ALLA DGR N. 534/2015.

E' indetto presso questa Azienda Asl n.1 Imperiese un pubblico avviso per la formazione di apposita graduatoria aziendale dei Medici da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art. 70. dell'art. 15 e della norma transitoria 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

Possono presentare domanda:

- a) Medici inseriti nella graduatoria regionale;
- b) Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- c) Medici abilitati in medicina e chirurgia;
- d) Medici iscritti a corsi di formazione specifici in Medicina Generale o di Specializzazione.

Si attingerà alla categoria d) solo nei casi di carente disponibilità di candidati di cui alle lett. a), b), c).

L'attività potrà essere svolta anche presso le Case Circondariali, Punti di Primo intervento, Cure Intermedie presso Presidi Ospedalieri, Ambulatorio Migranti ubicati sul territorio dell'Asl n.1 Imperiese.

L'efficacia delle graduatorie scaturite dal presente avviso avrà validità dal 01/04/2017 al 31/03/2018.

Per conferire gli incarichi di cui sopra, l'Azienda predispone annualmente la graduatoria aziendale costituita da 5 elenchi, come di seguito specificato, secondo i criteri previsti dagli Accordi Regionali vigenti (citati in delibera), con la quale reperire i medici a tempo determinato interpellando dapprima coloro appartenenti all'elenco 1 e, in caso di rinuncia o di necessità da parte dell'Azienda di fronteggiare il fabbisogno orario, procedendo con lo scorrimento degli altri elenchi:

- ✓ **Elenco 1:** Medici iscritti nella graduatoria regionale per la Medicina Generale secondo l'ordine di riportato nella stessa;
- ✓ **Elenco 2:** Medici già in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale ma in attesa di essere inseriti in graduatoria regionale per la medicina generale (norma transitoria n. 4 ACN 23/03/2005 e ss.mm.ii.) graduati secondo i criteri previsti dell'AIR del 27/03/2015 di cui alla deliberazione n. 534/2015 e dall'art. 9 dell'AIR di cui alla DGR 42/2007;
- ✓ **Elenco 3:** Medici specializzati e non, privi di altri contratti di lavoro, secondo i criteri di cui all'art. 9 AIR di cui alla DGR 23 marzo 2005;
- ✓ **Elenco 4:** Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi della legge 448/2001, art. 19, comma 11, nei limiti di quanto disposto dall'art. 70 comma 6 ACN 23 marzo 2005;
- ✓ **Elenco 5:** Medici iscritti a corsi di specializzazione.

S.C. GOVERNO CLINICO E MONITORAGGIO ATTIVITA' ASSISTENZIALI

Durata dell'incarico:

- 12 mesi per chi ha maturato 4000 ore di servizio alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello di presentazione della domanda;
- 12 mesi a coloro che sono nel primo e nel secondo elenco;
- 5 e 25 giorni a chi è nel 3° elenco (rinnovabili per latri 6 mesi);
- 3 mesi per eventuali sostituzioni (rinnovabili di 3 mesi in 3 mesi con interruzione).

L'Azienda potrà attingere:

- Dall'**Elenco 4** e conferire gli incarichi solo alle condizioni e nei limiti di quanto disposto dall'art. 70 comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e ss.mm.ii.;
- Dall'**Elenco 5** e conferire gli incarichi solo alle condizioni e nei limiti di quanto disposto dall'art. 70 comma 6 dell'ACN 23 marzo 2005 e ss.mm.ii. e dall'art. 17 del regolamento allegato alla DGR n. 826 del 6 luglio 2012.

Durante il periodo di vigenza della graduatoria i medici iscritti negli elenchi 4 o 5 che, nel frattempo, abbiamo rispettivamente conseguito l'attestato di formazione in Medicina Generale o la Specializzazione, possono presentare all'Azienda apposita domanda per essere cancellati dall'elenco nel quale erano stati precedentemente inseriti e contestualmente chiedere di essere graduati negli elenchi 2 o 3 in base ai titoli posseduti all'atto della presentazione della domanda.

È prevista l'istituzione di una graduatoria nella quale accogliere le istanze dei medici i cui requisiti maturino dopo la scadenza dei termini del presente bando. Potranno essere chiamati soltanto dopo lo scorrimento di tutti i candidati iscritti nella graduatoria derivante dal bando.

Il loro contratto avrà struttura e durata uguale a quello degli aspiranti iscritti al 4° e 5° elenco.

Iscrizione alla graduatoria e valutazione delle domande

Ai fini dell'iscrizione alla graduatoria aziendale di disponibilità i medici interessati devono presentare o inviare con plico raccomandato all'Asl n.1 Imperiese – S.C. Governo Clinico e Monitoraggio Attività Assistenziali – Via Aurelia 97 – 18038 Bussana di Sanremo – (Im), dall'1 al 31 gennaio 2017 una domanda conforme allo schema allegato al presente avviso corredata di autocertificazione informativa di cui all'allegato L dell'ACN vigente (il modulo è scaricabile dal sito aziendale www.asl1.liguria.it).

E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità dell'interessato in corso di validità.

L'ASL declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili all'Azienda.

La ASL valuta le domande che sono pervenute entro il termine del 31/01/2017, nel rispetto dei criteri previsti dal presente accordo e dall'art. 9 dell'AIR di cui alla DGR 42/2007.

Ai fini della determinazione della posizione in graduatoria del medico sono valutati i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2016.

IL DIRETTORE GENERALE
f.to Dott. Marco DAMONTE PRIOLI

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il

residente _____ in _____

Via/piazza _____

iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 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 del relativo 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 sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore set. _____

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'articolo 8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 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 nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato - 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 D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99:

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 D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2):

Azienda Sanitaria N.1 Imperiese

Via Aurelia, 97 – 18038 BUSSANA DI SANREMO (IM) Telefono 0184 536.1

Codice Fiscale – Partita IVA n. 01083060085

www.asl1.liguria.it

Organismo _____ ore sett.
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'articolo 43 L. 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett.
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.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett.

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 (1) attività che possono configurare conflitto di interessi 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 sanitaria 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 a tempo indeterminato (1) (2):

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali
tipo _____ di _____ attività:
periodo _____ dal: _____

Azienda Sanitaria N.1 Imperiese

Via Aurelia, 97 – 18038 BUSSANA DI SANREMO (IM) Telefono 0184 536.1

Codice Fiscale – Partita IVA n. 01083060085

www.asl1.liguria.it

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 _____

tipo _____

di _____

attività _____

tipo _____

di _____

rapporto _____

di _____

lavoro _____

periodo _____

dal _____

:

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a : (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 _____

NO-

TE: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____

firma _____ (3)

(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".

(3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.

Azienda Sanitaria N.1 Imperiese

Via Aurelia, 97 – 18038 BUSSANA DI SANREMO (IM) Telefono 0184 536.1

Codice Fiscale – Partita IVA n. 01083060085

www.asl1.liguria.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE VALEVOLE DAL 1° APRILE 2017 AL 31 MARZO 2018**

- 4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ al n. _____;
- 5) ☐ **di essere** / ☐ **di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale della medicina generale
in caso affermativo completare: collocato al _____ posto e con punti _____;
- 6) ☐ **di essere** / ☐ **di non essere** iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale (D. Lgs. 256/1991, D.Lgs. 368/1999 e D.Lgs 277/2003),
nel caso di iscrizione indicare il relativo anno di frequenza:
☐ primo anno ☐ secondo anno ☐ terzo anno;
- 7) ☐ **di essere** / ☐ **di non essere** iscritto/a al corso di specializzazione in _____ ,
nel caso di iscrizione indicare il relativo anno di frequenza:
☐ primo anno ☐ secondo anno ☐ terzo anno ☐ quarto anno;
- 8) ☐ **di essere** / ☐ **di non essere** in possesso dell'Attestato di formazione in Medicina Generale;
- 9) ☐ **di detenere** / ☐ **di non detenere** rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato;
in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte:

_____;
- 10) ☐ **di essere** / ☐ **di non essere** incorso in procedimenti disciplinari ex art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale;
- 11) ☐ **di aver svolto** alla data del **31 dicembre** _____ n. _____ ore di servizio effettivo di Continuità Assistenziale, così ripartite presso le seguenti Aziende:

ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____
ASL _____	dal	al	n. ore _____

Totale ore _____

12) Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Luogo e data _____ Firma per esteso (1) _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore