



Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

AVVISO DI PUBBLICAZIONE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE PER EMERGENZA COVID-19

Specialisti ambulatoriali iscritti nella graduatoria valida per l'anno 2021
art.19, comma 10, ACN

In esecuzione della Delibera n. ~~215~~ del ~~02/03/2021~~ per l'attuazione del **Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale per Emergenza COVID ex art.1 DL n.34 del 19 maggio 2020- legge n.77 del 17 luglio 2020 - DGRA N.598/2020**, l'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti ha disposto la pubblicazione di incarichi a tempo determinato di Specialistica Ambulatoriale, ai sensi dell'art.22 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 25 giugno 2019, sancito dall'Accordo Stato –Regioni del 31 marzo 2020 rep.49/CSR per le branche e le Aree di assegnazione di seguito dettagliate:

BRANCA	ORE INCARICO	AREA ASSEGNAZIONE	
GERIATRIA con competenze nelle procedure ecografiche	38	AREA DISTRETTUALE 1	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele
	38	AREA DISTRETTUALE 2	Lanciano-Sangro Aventino
	38	AREA DISTRETTUALE 3	Vasto-Gissi
CHIRURGIA con competenze vulnologiche	29	TUTTE LE AREE	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele-Lanciano- SangroAventino-Vasto- Gissi
PNEUMOLOGIA con competenze nelle procedure ecografiche	38	AREA DISTRETTUALE 1 e 3	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele-Vasto-Gissi
	38	AREA DISTRETTUALE 2	Lanciano-SangroAventino-
NEUROLOGIA con competenze nelle procedure ecografiche	38	AREA DISTRETTUALE 1 e 2	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele-Lanciano-Sangro Aventino
	38	AREA DISTRETTUALE 3	Vasto-Gissi
MEDICINA INTERNA con competenze nelle procedure ecografiche	38	AREA DISTRETTUALE 1 e 2	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele-Lanciano-Sangro Aventino
	38	AREA DISTRETTUALE 3	Vasto-Gissi
ANESTESIA/ RIANIMAZIONE con competenze in terapia del dolore	38	TUTTE LE AREE	Chieti-Francavilla-Ortona- Guardiagrele-Lanciano- SangroAventino-Vasto- Gissi

Gli incarichi saranno conferiti a tempo determinato per la durata di tre mesi, eventualmente prorogabili, in conformità con la valenza temporale del suddetto Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale per Emergenza COVID, secondo i criteri e le procedure di cui all'art.22, commi 1 e 2, del vigente ACN, agli Specialisti che inseriti nella graduatoria valevole per l'anno 2021, ai sensi dell'art.19, comma 10, presenteranno domanda a seguito di pubblicazione del presente avviso.

Ciascun incarico di n.38 o n. 29 deve intendersi indivisibile.

Il compenso orario è pari ad € 40,00 onnicomprensivo.

L'articolazione oraria ed ulteriori aspetti organizzativi saranno definiti dall'Azienda/Distretti, tenuto conto del contesto organizzativo, operativo ed epidemiologico, nonché secondo gli obiettivi prefissati dal Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale per Emergenza COVID.

L'azienda si riserva di variare la struttura degli incarichi e/o di non procedere all'attribuzione degli incarichi, qualora intervengano modifiche al Piano di Potenziamento e Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale per Emergenza COVID di cui alla DGRA n.598/2020 e/o motivate esigenze assistenziali, organizzative, eventuali limiti normativi, variazioni nella disponibilità di Bilancio o scelte programmatiche ed altri elementi di fatto e di diritto rilevanti nel caso concreto, che rendano opportuno e/o necessario procedere con variazioni, integrazioni o soppressione degli incarichi pubblicati.

Gli aspiranti agli incarichi devono comunicare la propria disponibilità, **durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'art. 20, comma 3, del vigente ACN (dal 1 MARZO 2021 al 15 MARZO 2021). L'invio oltre il suddetto termine comporta l'esclusione dalla selezione.** Qualora il giorno di scadenza per la presentazione delle domande sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo.

Modalità di presentazione della domanda

- la **domanda di cui al modulo allegato "A" al presente Avviso, deve essere inviata, esclusivamente tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it;**
- **E' obbligatorio, a pena di esclusione, allegare alla domanda una copia del documento di identità in corso di validità.**
- **Occorre inoltre allegare la ricevuta di pagamento dell'imposta di bollo (€ 16,00).** L'imposta di bollo può essere pagata mediante utilizzo del modulo F23, presso uno sportello bancario o postale, indicando i seguenti dati:
 CODICE TRIBUTO: 456T
 DESCRIZIONE: imposta bollo
 UFFICIO/ENTE:TGU
- **Autocertificazione informativa compilata in tutte le sue parti allegato "B" al presente Avviso**
- **Autocertificazione possesso particolari capacità professionali per i seguenti incarichi**
 1. **Incarico di n. 38 ore nella branca di GERIATRIA con competenze nelle procedure ecografiche;**
 2. **Incarico di n. 29 ore nella branca di CHIRURGIA con competenza Vulnologiche**
 3. **Incarico di n. 38 ore nella branca di PNEUMOLOGIA con competenze nelle procedure ecografiche**
 4. **Incarico di n. 38 ore nella branca di NEUROLOGIA con competenze nelle procedure ecografiche**
 5. **Incarico di n. 38 ore nella branca di MEDICINA INTERNA con competenze nelle procedure ecografiche**

6. incarico di n. 38 ore nella branca di ANESTESIA/RIANIMAZIONE con competenze in Terapia del Dolore

L'autocertificazione per il possesso di particolare capacità professionali, effettuata ai sensi dell'art.47 DPR n.445/2000, dovrà essere dettagliata attinente i titoli di servizio, attestazione di strutture pubbliche, attestazione di strutture private accreditate, attestazione di istituti scientifici, attestazione di Istituti universitari e di partecipazione a corsi di aggiornamento specifico.

Al fine di procedere all'acquisizione diretta di stati, qualità personali e fatti presso l'amministrazione competente, ai sensi della normativa vigente (DPR 445/2000 Legge n.183/2011) il candidato nell'autocertificazione informativa, nel dichiarare la capacità professionale richiesta, deve specificare in apposito spazio, la natura del rapporto di lavoro (dipendenza, convenzione ACN specialistica ambulatoriale, collaborazione, volontariato, altro), le strutture presso le quali sono state effettuate servizi/attività, e relativi recapiti. L'indicazione numerica delle attività ed il periodo in cui le attività sono stata svolte.

Si precisa che in applicazione dell'art.15 della Legge 12 novembre 2011 n.183, 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.

N.B. Per tutte le successive comunicazioni verrà utilizzato l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Per tutti i turni pubblicati, sarà pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Azienda, l'elenco dei candidati ritenuti idonei e l'ordine di assegnazione degli incarichi

L'Azienda non risponde di eventuali disguidi e/o ritardi attribuibili ai sistemi informatici.

La modulistica da utilizzare:

- Modulo di domanda (allegato "A") ed Autocertificazioni informativa (allegato "B") -è allegata al presente bando
- L'autocertificazione da allegare alla domanda, per il possesso di particolari capacità professionali, sarà redatta direttamente dallo Specialista secondo le indicazioni indicate



AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE INCARICHI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE A TEMPO DETERMINATO**

Avviso pubblicato a Marzo 2021

Bollo da Euro 16

(da assolvere con modalità

Descritta nell'Avviso)

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

UOC Governo Assistenza Sanitaria di Base e
Specialistica

Indirizzo PEC

assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

IL/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ cap _____

Via/Piazza _____ n _____ tel/cell _____

Indirizzo di posta certificata (PEC) _____ (OBBLIGATORIO)

Indirizzo mail ordinario _____

PRESENTA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER INCARICO A TEMPO DETERMINATO, INDIVISIBILE

- Pubblicato con Avviso del mese _____ 2021
- Nella Branca di _____
- Presso l'Area di assegnazione _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art.76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR/2000)

DICHIARA

- 1) di essere cittadino italiano
- 2) di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare) _____
- 3) di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso
l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 con
lode senza lode
- 4) di essere abilitato all'esercizio della Professione di _____ nella
sessione _____ presso l'Università di _____

5) di essere iscritto all'Ordine Medici Chirurghi di _____ dal _____

6) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in

_____ conseguita il _____ Università di _____ con voto _____

con lode senza lode

_____ conseguita il _____ Università di _____ con voto _____

con lode senza lode

_____ conseguita il _____ Università di _____ con voto _____

con lode senza lode

(DEPENNARE LA VOCE CHE NON INTERESSA)

7) di essere/ non essere iscritto nella graduatoria valevole per l'anno _____

8) di essere/non essere titolare di incarico a tempo INDETERMINATO nella branca _____

_____ Presso _____ dal _____

_____ per n.ore _____

9) di essere/non essere titolare di incarico a tempo DETERMINATO nella branca _____

_____ Presso _____ dal _____

_____ per n.ore _____

10) di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica ambulatoriale come
sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato

Branca Specialistica _____ presso _____ ore _____ dal _____ al _____

Branca Specialistica _____ presso _____ ore _____ dal _____ al _____

11) di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevabili

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

LUOGO E DATA.....

Firma

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione se presentata **obbligatoriamente a pena di esclusione**, unitamente a copia fotostatica del documento di identità in corso di validità (art.38 del DPR 445/2000)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART.13 GDPR

- Si informa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento da parte della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, Titolare del trattamento, nel rispetto e nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n.2016/679 c.d. GDPR e Dlgs 196/2003 e s.m.i.), nonché da leggi, regolamenti e contratti collettivi nazionale e integrativi regionali vigenti nello specifico settore di riferimento.
- In particolare ai fini degli artt. 13 e 14 del suddetto GDPR, si informa che:
- Il trattamento dei dati avviene per le finalità di instaurazione e gestione del rapporto di lavoro convenzionale (sotto il profilo sia economico che giuridico) compreso l'adempimento di specifici obblighi o l'esecuzione di specifici compiti che siano ad esse strumentali e siano previsti dalle vigenti normative di settore o da disposizioni di organi e di autorità di vigilanza e controllo o comunque in stretta correlazione con le competenze istituzionali in materia di personale convenzionato;
- Il trattamento da parte di personale autorizzato ed opportunamente istruito circa le modalità di trattamento e le relative responsabilità, avviene sia mediante sistemi automatizzati sia in formato cartaceo, con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati nel rispetto di adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative;
- Il conferimento dei dati da parte delle S.V. riveste natura obbligatoria essendo indispensabile per l'instaurazione, la prosecuzione e l'eventuale cessazione del rapporto di lavoro;
- I dati possono essere acquisiti anche presso soggetti esterni, anche previa richiesta dell'Amministrazione;
- I dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o ad altri Organismi (quali ENPAM, INAIL, Regione Abruzzo, altre ASL, Tesoriere dell'Azienda, compagnie Assicurative) nei casi previsti e consentiti dalla normativa vigente e nei limiti delle suddette finalità di trattamento.
- Ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. b) e 9, par 2, lett. b) del GDPR, il consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra indicate non è dovuto;
- In qualsiasi momento la SV potrà esercitare il diritto di richiedere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge può richiedere la limitazione del trattamento dei suoi dati e può esercitare il diritto di opposizione al trattamento. A tal fine apposita istanza dovrà essere presentata alla Azienda contattando il Responsabile della protezione dati
- Ricorrendone i presupposti, la SV ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.
- Il titolare del trattamento è la ASL Lanciano –Vasto-Chieti, con sede in Chieti, Via dei Vestini snc



AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO-VASTO-CHIETI

ALLEGATO B

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 partecipante 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.