



AVVISO PUBBLICO

Allegato "A"

Graduatoria Aziendale di disponibilità per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella Medicina Generale. Anno 2023

<§>

Si rende noto che questa Azienda U.S.L., con provvedimento n°1752 del 07.12.2022, esecutivo a norma di legge, intende procedere - ai sensi dell'art. 19, comma 6, vigente A.C.N. per la Medicina Generale - all'istituzione della Graduatoria Aziendale annuale per aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nelle attività in regime di convenzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella Graduatoria Regionale per la Medicina Generale valevole per l'anno 2023, secondo l'ordine di punteggio;
- b) 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;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28.12.2001, n°448, per il solo affidamento di sostituzione:
- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici indicati ai punti da b) a e) saranno graduati, nell'ordine, in base a: 1) minore età posseduta alla data del conseguimento della laurea, 2) voto di laurea, 3) anzianità di laurea.

Si precisa che gli incarichi in parola saranno conferiti ai medici che abbiano dato la disponibilità secondo l'ordine indicato dalle specifiche norme di ciascun settore, come di seguito riportati:

- per il Ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, secondo quanto disposto dagli artt. 36 e 37 vigente ACN di categoria, fatto salvo quanto previsto dalla norma transitoria n°4 dello stesso ACN;
- per l'Emergenza Sanitaria Territoriale "118", secondo quanto disposto dall'art. 67 vigente ACN di categoria;
- per l'Assistenza negli Istituti Penitenziari, secondo quanto disposto dall'art. 74 vigente ACN di categoria;

nonché secondo le norme vigenti dell'A.I.R.

La durata degli incarichi è rimandata alla normativa vigente al momento del conferimento degli incarichi stessi.

I medici devono assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio, per le tipologie di incarico che lo prevedono; per detta disponibilità sarà corrisposta un'indennità per uso proprio automezzo, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo stesso.

Nella domanda di partecipazione gli interessati di cui al punto a) devono riportare la posizione occupata nella Graduatoria Regionale valevole per l'anno 2023, con il relativo punteggio. I non iscritti in graduatoria potranno autocertificare, ai sensi di legge, l'età, la data di laurea ed il relativo voto, salvo presentare idonea documentazione prima dell'eventuale conferimento dell'incarico. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore possono partecipare, per graduatoria regionale, solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari. **Le comunicazioni per l'attribuzione degli incarichi saranno effettuate tramite posta elettronica, previo contatto telefonico.**

Le domande di partecipazione al presente avviso, **conformi al modello allegato**, munite di copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità, devono pervenire esclusivamente a mezzo di posta elettronica certificata al seguente indirizzo: assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it, **entro trenta giorni** dalla data di pubblicazione del presente avviso nel sito istituzionale aziendale ([asl2abruzzo link Avvisi/Concorsi](#)). **L'oggetto della PEC dovrà contenere esclusivamente la seguente dicitura: "DOMANDA GRADUATORIA AZIENDALE MG 2023"**. Inoltre, le domande dovranno essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della dimostrazione di pagamento dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC il relativo modulo e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno. Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Si ricorda che la domanda, **a pena di esclusione**, deve:

1. essere debitamente **sottoscritta** (la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge);
2. essere **spedita entro il termine** prescritto;
3. essere corredata da un **valido documento di riconoscimento, dall'informativa sul trattamento dei dati personali e dal modulo attestante il pagamento della relativa marca da bollo (debitamente annullata, con firma sulla marca da bollo).**

f.to IL DIRETTORE GENERALE f.f.
Thomas Schael

L'Avviso è stato pubblicato il 13.12.2022

SCADENZA: il 12.01.2023



CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

Allegato "B"

Grid for stamping the identification code

Al Direttore Generale della A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti c/o U.O.C. Governo Assistenza San. Di Base e Spec. Via dei Vestini snc (Palazzina N) 66100 CHIETI assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

Con riferimento alla Deliberazione n° _____ del _____ di Codesta ASL, il/la sottoscritto/a Dr. _____ Tel _____ Cell. _____

P.E.C. _____

DICHIARA: (barrare le caselle interessate)

- checkbox options for availability in various roles: Ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta; Ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria; Ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Servizio di E.S.T. "118" (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'emergenza Sanitaria Territoriale "118"); Ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nell'ambito dell'Assistenza Penitenziaria;

trovandosi nelle condizioni previste dall'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione sopra menzionata al punto:

- checkbox options a) b) c) d) e) (barrare la lettera che interessa)

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n°445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni enali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

- di essere nato/a il _____ a _____ (___);
- di essere residente in _____ (___) Via _____ n° _____ CAP _____
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale della Regione _____ anno 2023 con punti _____ ;
- di aver/non aver acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. n°259/91 il _____ ;
- di aver/non aver acquisito l'attestato di formazione specifica di E.S.T. "118" il _____ ;
- di essere/non essere iscritto al seguente corso di specializzazione _____, dal _____ al _____ ;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ dal _____ al _____ ;
- di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, vigente ACN di Medicina Generale;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio aziendale;
- di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

si allegano (a pena di esclusione): copia di valido documento di riconoscimento, Informativa sul trattamento personale dei dati, Modulo attestante il pagamento della marca da bollo (debitamente annullata con firma sulla marca da bollo).

Data _____

Firma _____



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

Data _____

Firma _____



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

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO

da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott.

Nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
codice fiscale _____

Consapevole delle responsabilità amministrative e penale, 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 dovuta per l'istanza di partecipazione alla graduatoria aziendale di cui all'art. 15, comma 6, del vigente Accordo Collettivo Nazionale di categoria, di medici disponibili ad eventuali conferimenti di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni nei settori disciplinati dallo stesso ACN, valevole per l'anno 2022;
- 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 indicazione di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione alla graduatoria aziendale di cui all'art. 15, comma 6, del vigente Accordo Collettivo Nazionale di categoria, di medici di medicina generale disponibili ad eventuali conferimenti di incarichi provvisori o all'affidamento di sostituzioni nelle attività previste dall'ACN, valevole per l'anno 2022;
2. **La marca da bollo**, applicata nell'apposito spazio, **dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.**
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto il alto a sinistra del modulo di domanda.**

Data _____

Firma _____