

**AVVISO PUBBLICO PER  
RECLUTAMENTO PERSONALE MEDICO DA UTILIZZARE PER INCARICHI  
PROVVISORI e SOSTITUZIONI NEL SETTORE DELL' ASSISTENZA PRIMARIA**

In conformità a quanto stabilito dall'art. 15 comma 12 del vigente Accordo Collettivo Nazionale, siglato dalla Conferenza Stato Regioni in data 29 Luglio 2009, è indetto un avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità, da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni nel settore dell'assistenza primaria;

Tale avviso è rivolto ai medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2016, ovvero, se non inseriti nella suddetta graduatoria i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e regolarmente iscritti all'albo professionale, ovvero se non in possesso del suddetto attestato, i medici regolarmente iscritti all'albo professionale;

Le domande dei medici disponibili ad accettare gli incarichi di che trattasi, redatte in bollo secondo il fac-simile allegato, potranno essere presentate all'Ufficio Protocollo di questa Azienda dal lunedì al venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 entro e non oltre il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito di questa ASP, indirizzate all'ASP di Crotona Ufficio Medicina Generale c/o Dipartimento di C.T.A.A.D. via M.Nicoletta Centro Direzionale "IL GRANAIO", 88900 Crotona, oppure potranno essere trasmesse, entro la stessa data, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento ( fa fede il timbro postale)- Resta inteso che il recapito della domanda tramite servizio postale o altre forme di spedizione è ad esclusivo rischio del mittente;

Nell'istanza dovranno dichiararsi oltre che i dati anagrafici dell'interessato, la residenza, il recapito telefonico (rete fissa o cellulare) presso cui raggiungere il medico e l'indirizzo di posta elettronica;

-indicare eventuale iscrizione a corsi di formazione in medicina generale o a corsi di specializzazione;

Costituiscono motivi di esclusione dalla graduatoria:

- 1) la mancanza della firma nella domanda, che non dovrà essere autenticata
- 2) l'omessa dichiarazione di iscrizione all'ordine,
- 3) la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito;

Gli incarichi saranno conferiti, previa verifica di incompatibilità, a seguito di predisposizione ed approvazione di apposita graduatoria redatta graduando i medici secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nell'ultima graduatoria regionale definitiva di settore con priorità per i residenti nell'ambito territoriale carente;
- b) medici non inseriti nella graduatoria regionale in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;
- c) medici iscritti all'albo professionale non in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda

F.to Drssa Maria Concetta Spina  
Responsabile Ufficio Convenzioni Sett.MG

F.to Dott Agostino Talerico  
Direttore ad interim D.C.T.A.A.D.

N.B. Gli aspiranti che hanno già confermato la propria disponibilità con il precedente avviso, approvato con determina n° 373/2016, non dovranno inoltrare alcuna domanda.



Azienda Sanitaria Provinciale - Crotona  
Ufficio Affari Generali  
Segreteria Generale

Registro Pubblicazioni Atti

N° 36 del 31 AGO. 2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Valter Cosentino

la domanda dovrà essere in regola con il bollo

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE  
SETTORE MEDICINA GENERALE  
PRESSO DIPARTIMENTO C.T.A.A.D.  
VIA MARIO NICOLETTA  
CENTRO DIREZIONALE "IL GRANAIO"  
CROTONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ laureato/a in  
data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_  
Telefono n° \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

con la presente comunica la propria disponibilità per il conferimento di incarichi  
provvisori e sostituzioni nel settore dell'assistenza primaria .

A tal fine dichiara di

1) essere/non essere inserito/a al n° \_\_\_\_\_ e con punti \_\_\_\_\_ nella  
graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2016 ;

2) essere/non essere iscritto/a a corsi di formazione specifica in medicina  
generale o a scuole di specializzazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;

4) detenere/non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato  
in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'A.C.N. 29 Luglio 2009 e dall'  
accordo integrativo regionale 16/09/2006 .

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_