

AVVISO PUBBLICO

Il Direttore Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna GIORDANO

Al fine di garantire una appropriata risposta assistenziale all'utenza e ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso attraverso la presenza programmata di medici di medicina generale nell'ambulatorio dei codici bianchi presso il P.O. di Crotona, è indetto avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo determinato;

Tale avviso è rivolto prioritariamente a:

1) Medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, operanti nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona (che al momento del conferimento dell'incarico non svolgano altre attività), a completamento orario, fino ad un massimo di 38 ore settimanali;

2) Medici convenzionati di assistenza primaria operanti presso l'ASP di Crotona con un carico di assistiti inferiore a 900 scelte;

Ogni ora di attività sarà considerata corrispondente a 37,5 scelte e, pertanto l'incarico di un medico di continuità assistenziale a 24 h settimanali sarà ritenuto equivalente a quello di un medico di assistenza primaria con 900 scelte; sarà privilegiato il medico con minor carico assistenziale;

A parità di carico assistenziale, la posizione in graduatoria verrà stabilita sulla base dei criteri di cui all'art.65 comma 8 dell'ACN (nell'ordine: anzianità di incarico nell'Azienda, anzianità di laurea e minore età);

Qualora non fosse possibile assicurare il servizio avvalendosi dei medici convenzionati, potranno essere affidati incarichi temporanei a:

1) Medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2018 per la continuità assistenziale e/o assistenza primaria, graduati in base al punteggio riportato nella graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nell'ASP di Crotona;

2) Medici non inseriti in graduatoria regionale, laureati in medicina e chirurgia in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, iscritti all'Albo Professionale, con priorità per i medici residenti nell'ASP di Crotona;

Gli stessi saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea (norma transitoria n 4 e norma finale n 5 dell'ACN).

A parità di punteggio prevale nell'ordine la minore età, il voto di laurea, l'anzianità di laurea.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda;

Le domande, formulate secondo lo schema allegato, dovranno pervenire a questa Azienda tassativamente entro il 10° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet di questa Azienda; potranno essere presentate direttamente al protocollo generale dell'Azienda dal lunedì al venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 e nelle giornate di Lunedì e Mercoledì anche dalle ore 16,00 alle ore 17,00.

Oppure inviate a mezzo raccomandata A/R indirizzate all'ASP di Crotona Ufficio Medicina Generale c/o Distretto Unico Aziendale, Via M.Nicoletta Centro Direzionale il Granaio, 88900 Crotona;

Oppure inviate a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo: protocollo@pec.asp.crotona.it

Se la scadenza coincide con un giorno festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo;

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 PEC.

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

Costituiscono motivo di esclusione :

1) la mancanza della firma nella domanda;

2) la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito.

La valutazione della regolarità amministrativa delle domande ai fini dell'ammissione verrà effettuata dall' Ufficio competente di Medicina Generale unitamente al Direttore del Distretto.


Il trattamento economico è quello stabilito dall'ACN vigente per la continuità assistenziale.

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

Il Responsabile Uff. Convenzioni Sett MG
Dr.ssa Maria Concetta Spina



Il Direttore del D.U.A.
Dott. Sergio D'Ippolito



Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
Uff.Conv./Settore medicina generale
presso D.U.A.
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 PEC _____

rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori presso l'ambulatorio dei codici bianchi del Pronto Soccorso di Crotone .

A tal fine dichiara , sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R.445/2000 di

- 1) di essere medico titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria dal _____ con n° _____ scelte in carico ;
- 1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per n 24 h settimanali nel servizio della continuità assistenziale dal _____;
- 1) essere/non essere inserito/a al n° _____ e con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n° 44 del 24/04/2018 ;
- 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) essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato
- 5) di prestare servizio presso _____
con rapporto di lavoro _____ per n _____ ore settimanali
- 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 _____