

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI
DISPONIBILITA' AZIENDALE ALLA COPERTURA DEGLI INCARICHI VACANTI DI
MEDICI ADDETTI AL SERVIZIO INTEGRATIVO (MEDICI SIAS) DI ASSISTENZA
SANITARIA PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI CROTONE.**

Ai sensi dell'art.70 comma 3 e seguenti dell'ACN 29 Luglio 2009 è indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria di disponibilità al fine del conferimento di incarichi provvisori per il servizio di guardia medica nella casa Circondariale di Crotone .

Possono presentare domanda :

a) medici inseriti nella graduatoria regionale di settore dei medici di continuità assistenziale , valida alla data di pubblicazione del presente avviso;

b)medici non inseriti in graduatoria purchè iscritti all'albo professionale .

I medici aspiranti dovranno inoltrare domanda , **in bollo**, entro giorni 15 dalla pubblicazione del presente avviso sul sito di questa ASP , indirizzata all'ASP di Crotone Ufficio Medicina Generale c/o Dipartimento di CTAAD via M.Nicoletta Centro Direzionale "IL GRANAIO", 88900 Crotone;

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 ;

I medici di cui al punto 1 dovranno indicare la posizione ed il punteggio riportato nella graduatoria regionale di riferimento ;

I medici di cui al punto 2 dovranno :

a)indicare la data ed il voto di laurea, l'università presso cui è stata conseguita la laurea, l'iscrizione all'ordine dei medici indicando la sede provinciale ;

b)allegare dichiarazione attestante il possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, se in possesso;

c)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 ;

2)l'omessa dichiarazione di iscrizione all'ordine,

3)la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito ;

L'azienda attribuirà gli incarichi provvisori nel rispetto dell'ordine di graduatoria regionale , con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda precisando che tali incarichi non sono conferibili a chi versi in condizioni di incompatibilità (art. 17 ACN siglato in data 29 Luglio 2009) ;

I medici aspiranti non inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2014 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);

Detta graduatoria resterà in vigore fino all'approvazione della nuova graduatoria di disponibilità aziendale .

Azienda Sanitaria Provinciale - Crotone
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti
N° 43 del 17 SET. 2014
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Valter COSENTINO

Il Responsabile del Settore MG
Dr.ssa Maria Concetta Spina



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
SETTORE MEDICINA GENERALE
PRESSO DIPARTIMENTO CTAAD
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 in qualità di medico SIAS presso la Casa Circondariale di Crotone .

A tal fine dichiara di

1) essere/non essere inserito/a al n _____ e con punti _____ nella
graduatoria regionale definitiva del settore della continuità assistenziale , pubblicata
sul BURC N 35 del 31 Luglio 2014 ;

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'ACN 29 Luglio 2009 e
dall' accordo integrativo regionale 16/09/2006 .

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data _____

Firma _____