

**AVVISO PUBBLICO PER
RECLUTAMENTO PERSONALE MEDICO DA UTILIZZARE PER INCARICHI PROVVISORI E
SOSTITUZIONI NEL SETTORE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In conformità a quanto stabilito dall'art 15 comma 12 dell'A.C.N. 29 Luglio 2009 è indetto avviso pubblico per la formazione della graduatoria di disponibilità aziendale da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni nel settore della continuità assistenziale, ai sensi dell'art 70 ACN 29/07/2009 ;

Tale avviso è rivolto :

- 1) a medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n° 27 del 20/03/2017;
- 2) a medici non inseriti nella graduatoria regionale (nell'ipotesi di carenza di disponibilità) che

a) abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (norma transitoria n° 4)

b) abbiano acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31/12/94 (norma finale n° 5).

Le domande, in bollo, dei medici disponibili ad accettare gli incarichi di che trattasi dovranno pervenire a questa Azienda tassativamente entro il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito di questa ASP, indirizzate all'ASP di Crotona Ufficio Convenzioni/Settore Medicina Generale c/o il D.U.A. sito in via M. Nicoletta Centro Direzionale "IL GRANAIO", 88900 Crotona.

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, la data e la sede universitaria dove si è conseguita l'abilitazione all'esercizio della professione, 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) la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito .

L'azienda attribuirà gli incarichi provvisori o di sostituzioni 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 29 Luglio 2009) ;

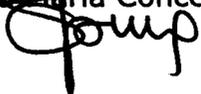
I medici aspiranti non inclusi nella graduatoria regionale vigente saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea (norma transitoria n° 4 e norma finale n° 5 dell'ACN 29/07);

Detta graduatoria verrà aggiornata nel corso dell'anno per coloro che vedono modificata la propria situazione giuridica rispetto alla domanda iniziale e resterà in vigore fino all'approvazione della nuova graduatoria di disponibilità aziendale, valevole per l'anno 2018, in fase di elaborazione da parte della Regione Calabria.

I medici già inseriti nella graduatoria aziendale valevole per l'anno 2017, approvata con determina n 1018 del 18/12/2017 non dovranno presentare alcuna domanda

Il Responsabile Uff. Conv./Settore MG

F.to Dr.ssa Maria Concetta Spina



Azienda Sanitaria Provinciale - Crotona

Ufficio Affari Generali

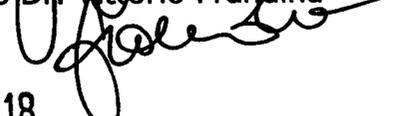
Segreteria Generale

Registro Pubblicazioni Atti

N° 019 del

Il Direttore del D.U.A. (Sostituto)

F.to Dr. Vittorio Frandina



Il Direttore Ufficio

Affari Generali e Legali

Dr.ssa Anna CHORDANO

10 APR. 2018

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 della Continuità assistenziale .

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

1) essere/non essere inserito/a al n° _____ e con punti _____ nella
graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n° 27 del 20/03/2017 ;

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 rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato ;

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 .

6) di essere/non essere titolare di incarico di assistenza primaria con n _____ scelte in
carico aggiornate alla data del 31/03/2018.e di non svolgere altre attività che
comportano la riduzione del massimale .

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data _____

Firma _____