

AVVISO RECLUTAMENTO PERSONALE MEDICO DA UTILIZZARE PER INCARICHI PROVVISORI E
SOSTITUZIONI PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO DI CROTONE E NEL SETTORE DELLA
CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

In esecuzione a quanto stabilito dall' ACN 21/06/2018, al fine di reperire ulteriori medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni presso l'Istituto penitenziario di Crotona e nel servizio della continuità assistenziale, è indetto avviso pubblico per la formazione della relativa graduatoria di disponibilità aziendale.

Tale avviso è rivolto:

- 1) A medici inseriti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2019;
- 2) A medici non inseriti in graduatoria regionale che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione di inclusione nella graduatoria regionale;
- 3) A medici già incaricati nel servizio della CA presso questa ASP, a completamento orario per n. 14 ore settimanali (qualora non fosse possibile garantire il servizio con incarichi attribuiti in base alla graduatoria di cui ai punti 1 e 2;

Per il solo affidamento di sostituzione:

- 4) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
- 5) Medici che hanno acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- 6) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Le domande, in bollo, dei medici disponibili ad accettare gli incarichi di che trattasi, munite di un valido documento d'identità, nonché autocertificazione informativa **ALLEGATO L**, dovranno essere trasmesse, entro 20 giorni dalla pubblicazione dell'Avviso sul sito dell'Azienda mediante raccomandata A.R., indirizzate all'ASP di Crotona Ufficio Convenzioni/Settore Medicina Generale c/o D.U.A. sito in via M. Nicoletta Centro Direzionale " IL GRANIO", 8890 Crotona (farà fede il timbro postale) oppure al seguente indirizzo di posta elettronica **protocollo@pec.asp.crotona.it**.

Nell'istanza dovranno dichiararsi oltre che i dati anagrafici dell'interessato, la residenza, il recapito telefonico presso cui raggiungere il medico e l'indirizzo di posta elettronica PEC.

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

I medici di cui ai punti 2,4,5,6 pena l'esclusione:

- a) Indicare la data e 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 indicandone la sede provinciale;
- b) Allegare autocertificazione attestante il possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, se in possesso (saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea anzianità di laurea).

I medici di cui al punto 3 saranno graduati secondo il criterio dell'anzianità di incarico, a parità di anzianità di laurea minore età.

Costituiscono, inoltre, motivi di esclusione dalla graduatoria:

- 1) La mancanza della firma nella domanda;
- 2) La mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito.

Per quanto non previsto nel presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale nonché all'AIR vigente.

Il Dirigente Responsabile U.O.S

Dr. Giovanni Rossano

Il Direttore ff del DUA

Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

U. D. U. S. Generali
Reg. Atti
32
08 APR 2020
Fig. Francesco

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 (PEC) _____ rivolge domanda di ammissione ai

fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi:

contrassegnare per quale settore si vuole partecipare

() per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni nel servizio della continuità assistenziale;

() per il conferimento di incarichi provvisori e sostituzioni in qualità di medica ;

A tal fine dichiara

- 1) essere/non essere inserito/a al n. _____ e con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n. 39 del 11/04/2019;
- 2) non essere inserito in graduatoria regionale ma di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ ;
- 3) essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale presso _____ ;
- 4) di avere acquisito l'abilitazione professionale in data _____ ;
- 5) di essere iscritto al corso di specializzazione _____ presso _____ ;
- 6) detenere/non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte) _____ ;
- 7) non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall' A.C.N. 29 Luglio 2009 e dall'accordo integrativo regionale 16/09/2006.

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'accordo nazionale 29/07/2009 e s.m.i., che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/200 n. 445 e successive modificazioni e integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Data _____

firma _____