Azienda Sanitaria Provinciale - Crotone
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Albo
N° 70 del 24 MAG. 2022
Avv. Giulia Formica

AVVISO INTERNO, PER SOLI TITOLI, PER CONFERIMENTO INCARICO DI

"MEDICO RESPONSABILE DEL PRESIDIO SANITARIO PENITENZIARIO"

PRESSO CASA CIRCONDARIALE DI CROTONE

In esecuzione della deliberazione n. 434 del 24 MAG. 2022, è indetto Avviso Pubblico per il conferimento di

n. 1 incarico a tempo determinato

di durata triennale, eventualmente rinnovabile, e **per n. 10 ore settimanali** di Medico Responsabile di Presidio Penitenziario per la "Casa Circondariale di Crotone", in base a quanto previsto dall'art. 71, comma 5 e successivi, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2016-2018.

Requisiti di ammissione:

- Godimento dei diritti civili e politici

- Non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale

- Non essere sottoposto a procedimenti penali

- Essere cittadino Italiano, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle vigenti leggi

- Essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione

- Essere iscritto all'Ordine dei Medici

- Essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Casa Circondariale di Crotone

Possono presentare istanza di partecipazione all'incarico:

a) i medici convenzionati per la **Continuità Assistenziale Penitenziaria**, a tempo indeterminato, con incarico a 24 ore settimanali presso la Casa Circondariale di Crotone (con precedenza secondo l'anzianità di incarico);

b) i medici convenzionati per l'**Assistenza Primaria, già incaricati per l'Assistenza Penitenziaria** presso la Casa Circondariale di Crotone e tuttora in servizio, con un numero di scelte inferiore a 650 (con precedenza per i medici con minor numero di scelte);

I requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande. Il difetto di anche uno solo dei requisiti comporta la non ammissione all'Avviso.

Valutazione dei titoli:

La valutazione dei titoli sarà effettuata da una Commissione composta dal Direttore del Distretto Sanitario Unico Aziendale, dal Responsabile dell'Area Sub Distrettuale di Crotone, da un Responsabile Amministrativo del Distretto. Le funzioni di Segretario saranno espletate da un funzionario amministrativo individuato dal Direttore del DSUA.

La Commissione provvederà alla valutazione delle domande, dei titoli posseduti e del Curriculum formativo professionale, tenendo conto dei seguenti criteri:

- Anzianità di servizio maturata nell'ambito della Sanità Penitenziaria con incarichi a 24/h settimanali = 0,2 punti/mese;
- Anzianità di servizio maturata nell'ambito della Sanità Penitenziaria con incarichi a 60/h mensili = 0,1 punti/mese;
- Diploma di formazione specifica in medicina generale e/o titolo equipollente = 5 punti;
- Altri titoli di specializzazione = 3 punti ;
- Corsi di formazione specifica in Sanità e Medicina Penitenziaria = 0.5 punti per ogni corso e fino ad un massimo di 2 punti.

A parità di punteggio prevalgono nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea. Sulla base dei suddetti criteri verrà predisposta apposita graduatoria e l'incarico verrà attribuito scorrendo nell'ordine la stessa.

Sulla base dei suddetti criteri verrà predisposta apposita graduatoria e l'incarico verrà attribuito scorrendo nell'ordine la stessa.

Cause di esclusione

Non è ammissibile il medico che esercita più di una delle attività disciplinate dall'ACN della Medicina Generale.

Sono incompatibili i medici che esercitano altre attività (diverse dal rapporto convenzionale per la medicina generale) presso soggetti pubblici o privati e che si trovi in condizioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN vigente.

Trattamento giuridico ed economico

Il trattamento giuridico ed economico è regolato dall'ACN 28/04/2022 per il settore Continuità Assistenziale e dall'A.I.R. per la medicina penitenziaria.

Modalità di presentazione della domanda

I medici interessati dovranno presentare domanda di partecipazione, unitamente a tutti gli allegati, redatta in carta libera secondo l'allegato fac-simile e completa in ogni sua parte, indirizzata al Commissario Straordinario dell'ASP di Crotone, che dovrà pervenire tramite Pec all'indirizzo: **protocollo@pec.asp.crotone.it** entro il termine perentorio del decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sull'Albo Pretorio on line.

La domanda e la documentazione allegata dovranno essere trasmesse in formato PDF previa scansione degli originali analogici.

La domanda potrà essere sottoscritta nei seguenti modi:

- Sottoscrizione con firma digitale del candidato;
- Sottoscrizione con firma autografa del candidato e successiva scansione della stessa, corredata da copia del documento di identità.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la mancata ricezione delle domande derivante da eventuali disguidi o ritardi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Con la partecipazione all'Avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni in esso presenti.

Alla domanda i candidati devono obbligatoriamente allegare:

□ curriculum formativo professionale datato e firmato, contenente tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata, compreso il soggetto a favore del quale è stata resa.

□ copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

L'eventuale possesso di titoli scientifici e/o professionali che l'interessato ritenga idonei e pertinenti ai fini della partecipazione al presente avviso dovrà essere attestato attraverso specifica dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Resta ferma la responsabilità penale prevista dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Gli aspiranti potranno comunque presentare anche adeguata documentazione, in originale o copia autenticata, attestante le dichiarazioni suddette.

Non saranno valutati titoli presentati oltre il termine di scadenza del presente avviso.

Il candidato dovrà altresì autorizzare l'ASP di Crotone all'utilizzo dei propri dati personali per i necessari atti amministrativi, ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196. Tali dati saranno utilizzati dall'ASP anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per le finalità inerenti la gestione dello stesso.

L'incarico sarà conferito dal Direttore Generale per il tramite del DSUA, con l'applicazione della forma contrattuale assimilabile a quella prevista per i medici operanti nei servizi aziendali di Continuità Assistenziale di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e dall'Accordo Integrativo Regionale per la Continuità Assistenziale.

L'ASP di Crotone si riserva la facoltà di prorogare sospendere o revocare il presente bando o parte di esso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Il Commissario Straordinario
Dott. Domenico Sperlì

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI RESPONSABILE DI PRESIDIO PENITENZIARIO PRESSO CASA CIRCONDARIALE DI CROTONE

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'ASP DI CROTONE

Il sottoscritto Dott.....nato a.....

Prov..... il.....Codice Fiscale .....

Residente a.....Via.....

n.....CAP.....Tel.....email.....

pec:.....

chiede

di essere ammesso a partecipare al'Avviso interno per il conferimento di incarico a tempo determinato di **RESPONSABILE DI PRESIDIO PENITENZIARIO presso la Casa Circondariale di Crotone.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

-di essere cittadino italiano o cittadino equiparato.....;

-di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data .....con valutazione finale di.....e di aver conseguito l'abilitazione in data .....;

-di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di..... dal.....;

-di aver/non aver riportato condanne penali (se sì specificare quali)

.....

.....;

-di aver/non avere procedimenti penali in corso (se sì specificare quali)

.....

.....;

-di essere/non essere medico convenzionato per l'**assistenza primaria** con un numero di scelte_____, inferiore a 650 presso l'ASP _____;

-di essere/non essere medico convenzionato per la **continuità assistenziale**, a tempo indeterminato, con incarico a 24 ore settimanali presso l'ASP_____;

-di essere/non essere in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo

equipollente;

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero;

Mi impegno a comunicare tramite PEC all' ASP, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite;

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000;

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN/2022;

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la presente domanda:

Via/Piazza.....n.....Località.....

Prov.....Cap.....Tel.....email.....

pec:.....;

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASP di Crotone al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda. Inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.

Si allega:

- copia documento identità
- curriculum professionale

._____

._____

Luogo e data .....

FIRMA

_____