

**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'ACN 29 Luglio 2009 è indetto avviso pubblico per la formazione della graduatoria di disponibilità aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi a tempo determinato e sostituzioni nel settore della continuità assistenziale;

Tale avviso è rivolto :

- 1) a medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2014 pubblicata sul BURC n° 35 del 31 Luglio 2014 ;
- 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 giorni 15 dalla pubblicazione del presente avviso sul sito di questa ASP , indirizzate all'ASP di Crotona Ufficio Medicina Generale c/o Dipartimento di CTAAD 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 :

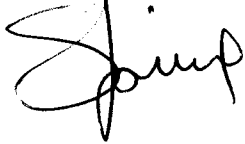
- 1)la mancanza della firma nella domanda ;
- 2)l'omessa dichiarazione di iscrizione all'ordine,
- 3)la mancata trasmissione della domanda entro il termine sopra stabilito ;

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 siglato in data 29 Luglio 2009) ;

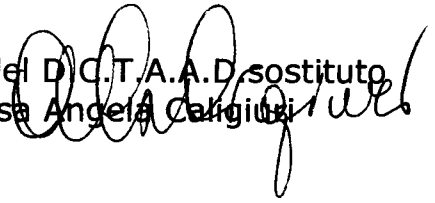
I medici aspiranti non inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2014 saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea ,dal voto di laurea , dall'anzianità di laurea (norma transitoria n 4 e norma finale n 5 dell'ACN);

Detta graduatoria verrà aggiornata nel corso dell'anno per coloro che vedono modificata la propria situazione giuridica rispetto alla domanda iniziale e in vigore fino all'approvazione della nuova graduatoria di disponibilità aziendale ;

Il Responsabile del Settore MG
Dr.ssa Maria Concetta Spina



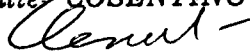
Il Direttore del D.C.T.A.A.D. sostituto
Dr.ssa Angela Caligiuri



Azienda Sanitaria Provinciale - Crotona
Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti
N° 11 del **03 SET. 2014**

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Valter COSENTINO



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 nel settore della Continuità assistenziale .

A tal fine dichiara di

1) essere/non essere inserito/a al n. _____ e con punti _____ nella
graduatoria regionale definitiva 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 _____