



**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO O DI SOSTITUZIONE
NEL SETTORE DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

PREMESSO che con deliberazione n. 1143 del 16 ottobre 2018 sono stati individuati complessivamente n. 31 incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell'art. 92 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.Lgs n.502 e s.m.i.;

PRESO ATTO che il Dipartimento Tutela della Salute non ha provveduto alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria ai sensi dell'art. 92 comma 3;

CHE a seguito della sopra mancata pubblicazione, l'Unità Operativa Gestione Personale Convenzionato non ha proceduto al conferimento degli incarichi vacanti individuati con deliberazione n. 1143 del 16 ottobre 2018 sopra citata;

VISTA la nota prot. n. 136222 del 21 dicembre 2018 a firma del Direttore C.O.A.C.118, Dr. Antonio Talesa con la quale ha rappresentato la grave carenza in organico attualmente registrata presso il servizio S.E.U.118;

PRESO ATTO della nota prot. n. 136330 del 21 dicembre u.s con la quale il Direttore Generale Dott. Giuseppe Giuliano, ha disposto all'U.O. G.P.C. di procedere all'attivazione delle procedure per il reclutamento di dieci (10) unità mediche da destinare al S.E.U. 118, così come richiesto dal Direttore C.O.A.C.118, Dr. Antonio Talesa;

CHE codesta U.O. al fine di ottemperare a quanto disposto dal Direttore Generale in data 24 dicembre 2018 ha chiesto ai medici presenti nella graduatoria aziendale la disponibilità ad accettare l'incarico provvisorio presso il S.E.U. 118;

RISCONTRATO nessuno dei medici presenti nella graduatoria aziendale ha fornito la propria disponibilità ad accettare l'incarico provvisorio di che trattasi;

OCCORRE, pertanto, ottemperare alla disposizione del Direttore Generale giusta nota prot. n. 136330 del 21 dicembre u.s. provvedendo al reclutamento di nr. Nove medici dell'Emergenza:

PERTANTO, nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, occorre **bandire con immediata urgenza un avviso per il reclutamento di medici in possesso dei requisiti al fine di esercitare le attività indicate dall'art. 95 del vigente ACN ed in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza, per come previsto dall'art. 96 del citato A.C.N.;**

SI RENDE necessario, sulla base delle domande pervenute, formulare una graduatoria, ai sensi di quanto disposto dal vigente ACN ed AIR e dall'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e s.m.i. **al fine di ottemperare a quanto disposto da Direttore Generale con la nota sopra citata;**

La graduatoria per il conferimento dell'incarico provvisorio sarà resa pubblica e notificata previa pubblicazione nell'Albo Pretorio Aziendale e sul sito aziendale.

Il Responsabile del Procedimento
Coll.Prof.le Amm.vo Caterina Tavano

Il Responsabile U.O.G.P.C.
Dott.ssa Sandra Matozzo



PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per essere ammessi a partecipare all'avviso in questione, i medici potranno presentare domanda dal giorno successivo alla pubblicazione nell'Albo Pretorio dell'Azienda e sino al decimo (10 gg.) giorno successivo alla stessa pubblicazione.

La domanda di partecipazione dovrà essere;

1. indirizzata - Al Responsabile dell'U.O. Gestione Personale Convenzionato dell'Azienda Sanitaria Provinciale Viale Pio X, 194- 88100 Catanzaro;
2. **corredata di una copia del documento di riconoscimento in corso di validità, sulla quale dovrà essere apposta una marca da bollo di € 16,00 (Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010);**
3. essere presentata esclusivamente, vista l'urgenza, tramite P.E.C. all'indirizzo gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it (da allegare autocertificazione di cui si allega modulo) ex L.2/2009e s.m.i.

La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale. Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata.

Si prega, inoltre di inviare la domanda in un unico file formato PDF.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio.

Non è ammessa la produzione di titoli e documenti dopo il termine fissato per la presentazione delle domande.

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata ai sensi dell'art. 3, comma 5, della Legge 15 maggio 1997, n. 127.

La mancanza della firma autografa in calce alla domanda comporterà l'esclusione del candidato dall'avviso in questione.

Per il principio di celerità cui è informata la procedura non è consentito il riferimento a documenti già presentati a questa Azienda. E' esclusa la regolarizzazione formale della documentazione.

I titoli, per essere oggetto di valutazione, devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Al riguardo si precisa che:

Nelle dichiarazioni relative ai requisiti di ammissione e/o titoli che possono dar luogo a valutazione, gli interessati sono tenuti a specificare con esattezza tutti gli elementi ed i dati necessari affinché l'amministrazione sia posta nelle condizioni di poter effettuare gli adempimenti relativi all'accertamento dei requisiti e/o valutabili ai fini dell'attribuzione dei corrispondenti punteggi;

Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà riguardanti tutti gli stati, fatti e qualità di cui all'art. 47 del T.U. ex D.P.R. n. 445/2000 quali, ad esempio, la conformità all'originale, deve risultare da apposita dichiarazione sottoscritta dall'interessato, secondo lo schema predisposto allegato al presente avviso.

Non saranno prese in considerazione dichiarazioni generiche che non consentano una idonea conoscenza degli elementi necessari per una corretta valutazione.

Nella domanda dovrà essere dichiarato il consenso al trattamento dei dati personali (D.lg. n.196/03 e s.m.i.). L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando di avviso, interno e riservato, di mobilità volontaria, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

La partecipazione al suddetto avviso, implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi C/O Gestione Personale Convenzionato Referente Caterina Mussari Viale Pio X, 194 88100 Catanzaro – Telefono: 0961/ 7033453, ed indirizzo pec: gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it;

Sarà cura dell'ufficio effettuare i dovuti controlli ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e D.Lgs 7 marzo 2005,82 aggiornato al D.Lgs 13 dicembre 2017.

Saranno escluse pertanto le domande:

- pervenute oltre il termine di cui sopra;
- prive di firma;
- prive degli elementi necessari alla formulazione delle graduatorie;

Si chiede di curare la massima diffusione del presente avviso.

Sarà cura delle SS.LL. curare la massima diffusione della presente circolare inviandone copia anche alle altre sedi provinciali, si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

Il Responsabile del Procedimento
Coll.Prof.le Amm.vo Caterina Tavano

Il Responsabile U.O.G.P.C.
Dott.ssa Sandra Matozzo



DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

__Sottoscritt__ Dott. _____, nato a _____,

il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla

domanda di partecipazione _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16, 00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allega, altresì, alla presente documento di identità in corso di validità

Data _____

firma per esteso e leggibile



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la
sottoscritto/a _____
nato a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) in Via _____
n. _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(luogo, data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.

fu





**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Allegato A)

**DOMANDA AVVISO PROT. N. _____ DEL 02 GENNAIO 2019
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO O DI SOSTITUZIONE
NEL SETTORE DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(essendo inserito in graduatoria)**

Marca da bollo euro 16,00

**Azienda Sanitaria Provinciale
Al Responsabile
U.O. Gestione Personale Convenzionato
Viale Pio X, 194
88100 Catanzaro**

_____ sottoscritt _____ Dott. _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

_____ n. _____ CAP _____ tel. _____

_____ pec _____ (leggibile)

Fa domanda di partecipazione per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione nell' Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale in attuazione all'art.97 dello stesso ACN e del Capo V° dell'Accordo Integrativo Regionale relativa all'AVVISO PROT. _____ N _____ DEL _____

(BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA)

DICHIARA	Parte riservata all'ufficio
ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.) dichiara formalmente di:	
Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____ Iscritto all'Albo Professionale dei	

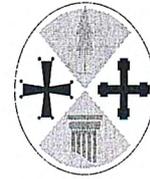


<p>Medici di _____ della Provincia</p> <p>di _____ al n. _____</p>	
<p>Di possedere il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____</p> <p>in data _____ con voto _____:</p> <p>Di possedere ai sensi dell'art. 96 l'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza.</p> <p>Conseguito in data _____ presso _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito nella " Graduatoria Definitiva Regionale dei medici aspiranti al convenzionamento della Medicina Generale vigente nel settore della continuità assistenziale al n. _____ con punti _____</p> <p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale "</p> <p>al n. _____ con punti _____ (valevole 2018 ad oggi vigente)</p>	
<p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito Iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Lgs. N° 256/91;</p>	
<p><input type="checkbox"/> non essere - <input type="checkbox"/> essere iscritto;</p> <p>Al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99.</p>	
<p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserite titolare a tempo indeterminato nella continuità assistenziale nell'ASP di _____ dal _____</p> <p>ASP di residenza _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale.</p>	



8

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Chiede che ogni comunicazione venga inoltrata all' indirizzo di posta elettronica certificata;

pec _____

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

**NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

FIRMA per esteso _____

**Qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio allo voce "nota



bc

Allegato B)

**DOMANDA AVVISO PROT. N. _____ DEL _____
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO O DI SOSTITUZIONE
NEL SETTORE DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(non essendo inserito in graduatoria)**

Marca da bollo euro 16,00

**Azienda Sanitaria Provinciale
Al Responsabile
U.O. Gestione Personale Convenzionato
Viale Pio X, 194
88100 Catanzaro**

_____ sottoscritt _____ Dott. _____ nat _____ il _____

a _____ Prov. _____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

pec _____ (leggibile)

Fa domanda di partecipazione per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione nell' Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale in attuazione all'art.97 dello stesso ACN e del Capo V° dell'Accordo Integrativo Regionale relativa all'AVVISO PROT. _____ N _____ DEL _____

(BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA)

<p align="center">DICHIARA</p> <p>ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.) dichiara formalmente di:</p>	<p align="center">Parte riservata all'ufficio</p>
<p>Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____ Iscritto all'Albo Professionale dei Medici di _____ della Provincia di _____ al n. _____</p>	





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



10

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

<p>Di possedere il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____</p> <p>in data _____ con voto _____:</p> <p>Di possedere ai sensi dell'art. 96 l'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza.</p> <p>Conseguito in data _____ presso _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito nella " Graduatoria Definitiva Regionale dei medici aspiranti al convenzionamento della Medicina Generale vigente nel settore della continuità assistenziale al n. _____ con punti _____</p> <p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale "</p> <p>al n. _____ con punti _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> essere - <input type="checkbox"/> non essere inserito Iscritto al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Lgs. N° 256/91;</p>	
<p><input type="checkbox"/> non essere - <input type="checkbox"/> essere iscritto;</p> <p>Al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale e chiede: <i>(indicare con precisione la norma per cui si chiede di essere inserito)</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> essere inserito ai sensi della norma transitoria n.7 dell'ACN;</p> <p>1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e/o di settore, è concesso, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria</p>	<p>10</p>



regionale o in quelle di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi. 2. A tal fine i medici interessati, acquisito il titolo di idoneità previsto, inviano alle Aziende apposite domande di inserimento in un apposito elenco, specificando il possesso dei requisiti necessari all'inserimento e di quelli idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco. 3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

di essere inserito ai sensi della norma finale 5 dell'ACN

1. Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 e di quelle di disponibilità di cui al comma 12 dello stesso articolo del presente Accordo ed ai medici di cui alla norma transitoria n. 4 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

2. A tal fine i medici interessati inviano, alle Aziende, apposita domanda di inserimento in un elenco separato, specificando il possesso dei requisiti idonei a determinarne, ai sensi del successivo comma 3, la posizione nell'elenco.

3. I medici di cui al precedente comma con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea.

Chiede che ogni comunicazione venga inoltrata all' indirizzo di posta elettronica certificata;

pec _____

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

**NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

FIRMA per esteso _____

**Qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "note"

