Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

AVVISO PUBBLICO

EMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER LA FORMULAZIONE DI GRADUATORIE FINALIZZATE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E/O DI SOSTITUZIONE, NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE PERIODO LUGLIO 2024 – GIUGNO 2025.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno RENDE NOTO:

che secondo quanto previsto dall'art. 19, comma 6 e ss., dell'Accordo Collettivo Nazionale (qui di seguito denominato ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, esecutivo dal 28 aprile 2022, intende procedere alla stesura di apposite graduatorie aziendali, valide a partire dal 01/07/2024 e di durata annuale, di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, con riferimento ai seguenti settori della medicina generale:

- ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex medici di assistenza primaria);
- ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex medici di continuità assistenziale);
- emergenza sanitaria territoriale;
- medicina penitenziaria.

Con la finalità di agevolarne la consultazione, verranno elaborate quattro graduatorie aziendali distinte, una per l'**assistenza primaria a ciclo di scelta**, l'altra per garantire l'**assistenza primaria ad attività oraria** (quest'ultima graduatoria potrà essere utilizzata anche per l'attribuzione di eventuali incarichi di assistenza sanitaria ai turisti), una terza per l'**emergenza sanitaria territoriale** (alla quale è possibile accedervi solo se si è in possesso dell'abilitazione all'attività di emergenza urgenza) ed una quarta per la **medicina penitenziaria** da espletare presso la Casa Circondariale di Ascoli Piceno.

La graduatoria di cui al presente Avviso verrà redatta in relazione al disposto di cui all'art. 19, comma 6 dell'ACN del 28.04.2022 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale Marche (valevole per il 2024) secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione Marche, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;

inoltre, ai sensi dell'art. 19, comma 11 della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzioni:

d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

*A*i sensi dell'art. 19 c.7 dell'ACN del 28/04/2022, i medici appartenenti alle categorie b), c), d) ed e), saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Inoltre:

A. Nel conferimento degli incarichi provvisori e/o di sostituzione **del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta** (ex assistenza primaria), saranno sempre interpellati prioritariamente i medici residenti nell'ambito territoriale carente e/o di iscrizione del medico sostituito.
B. Nel conferimento degli incarichi provvisori e/o di sostituzione **del ruolo unico di assistenza**

primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) sarà data priorità ai residenti nel territorio dell'AST di Ascoli Piceno.

C. Nel conferimento degli incarichi per **l'emergenza sanitaria territoriale** (per i quali i medici dovranno essere obbligatoriamente in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio dell'attività di emergenza), saranno interpellati prioritariamente i medici residenti nel territorio dell'AST di Ascoli Piceno.

D. Nel conferimento degli incarichi provvisori e/o di sostituzione **di medicina penitenziaria** sarà data priorità ai residenti nel territorio dell'AST di Ascoli Piceno.

Le presenti graduatorie avranno validità annuale e comunque rimarranno valide fino all'approvazione di quella successiva.

Avvertenze generali

1) I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere posseduti al momento della scadenza del presente avviso.

2) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

3) La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

E' FATTO D'OBBLIGO UTILIZZARE L'ALLEGATO MODULO DI DOMANDA CORREDATO DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in bollo (euro 16,00), secondo il modello che si allega al presente avviso, corredato della dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo, esclusivamente con una delle seguenti modalità:

a) **posta elettronica certificata** - (indirizzo P.E.C. **ast.ascolipiceno@emarche.it**). Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura "AVVISO PUBBLICO PER GRADUATORIA AZIENDALE MEDICINA GENERALE ANNO 2024". Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate esclusivamente, a pena di esclusione, in un unico file formato pdf, firmata in maniera autografa, unitamente a fotocopia di documento di identità o in formato p7m, se firmato digitalmente. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico di posta personale certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificato sopra indicato.

b) **consegna a mano all'Ufficio Protocollo** (dalle ore 8:30 alle ore 13:30 di tutti i giorni feriali e dalle 15:00 alle 17:00 del martedì e giovedì) sito presso la Sede Amministrativa dell'AST di Ascoli Piceno – Via degli Iris – 63100 Ascoli Piceno. Si precisa che gli operatori dell'Amministrazione non sono abilitati al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione.

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito www.asur.marche.it – sezione professionisti e imprese, area della medicina convenzionata.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

- La firma in calce alla domanda, ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata.
- La mancata sottoscrizione della domanda, ancorché spedita tramite PEC, costituisce motivo di esclusione.
- Saranno escluse le domande prive di fotocopia di documento di identità in corso di validità (art. 38, c.3 DPR 445/2000)

L'AST di Ascoli Piceno declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento della domanda o dei documenti spediti a mezzo Servizio Postale, nonché per il caso di dispersione di comunicazioni dipendenti dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali, telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa, nonché per le domande inviate tramite PEC e non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, poiché trasmesse in formato diverso da quello PDF.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016. La presentazione della domanda di partecipazione da parte dei candidati implica il consenso ai trattamenti dei dati personali compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate all'avviso.

Per ulteriori informazioni telefonare:
0736/358056 – 0736/358837, Dr. Francesco Travaglini e Dr.ssa Laura Patragnoni.

L'AST di Ascoli Piceno si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone opportuna comunicazione agli interessati.

IL DIRIGENTE U.O.C. D.A.T.
Dr. Marco Canaletti

Il presente bando è stato pubblicato all'Albo Ufficiale dell'AST di Ascoli Piceno in data 15/04/2024 nonché sul sito ***www.asur.marche.it*** *(Amministrazione Trasparente).*
La scadenza per la presentazione della domanda è fissata al 30/04/2024

Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

Marca da
Bollo da
€ 16,00

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AZIENDALI 2024 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE PRESSO L' A.S.T. DI ASCOLI PICENO

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'A.S.T. DI ASCOLI PICENO
VIA DEGLI IRIS
63100 ASCOLI PICENO
indirizzo P.E.C. **ast.ascolipiceno@emarche.it**

Il/La sottoscritto/a Dott.

_____

chiede di essere inserito nella/e graduatoria/e per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e/o di sostituzione nei settori della Medicina Generale presso l'Area Vasta 5 (*barrare una o più caselle che interessano*):

- ❑ **Ruolo unico di A.P. a ciclo di scelta (ex ASSISTENZA PRIMARIA)**
- ❑ **Ruolo unico di A.P. ad attività oraria (ex CONTINUITA' ASSISTENZIALE)**
- ❑ **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
- ❑ **MEDICINA PENITENZIARIA**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

- ❑ **medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;**
- ❑ **medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.**
- ❑ **medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;**

Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

- **medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**

- **medici iscritti ai corsi di specializzazione.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART 46 DPR 445/2000
(da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/_____/_____;

2) di essere residente a _____Prov._____Cap._____in via _____ n. __

3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell_____ e-mail_____

4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____

5) di essere/non essere cittadino italiano

6) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E._____

7) di godere/non godere dei diritti civili e politici

8) di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale

9) di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

10) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il____/_____/_____con voto_____/_____

11) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il _____/_____/_____presso l'Università di_____

12) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____il ____/_____/_____al n°_____ codice ENPAM_____

13) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche valevole per l'anno 2023, con il punteggio di _____;

14) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 conseguito in data ____/_____/____ presso la Regione _____

15) di avere/non avere acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (art.15 comma 6 ACN 21/06/18)

16) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 dal____/_____/_____ nella Regione_____

17) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal ____/_____/_____presso l'Università degli Studi di_____

Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

18) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il _____/_____/_____

19) di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 comma 1, lettere a), b), c), d), e) e comma 2, lettere a), b), c), d), f) dell'ACN/2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27/04/2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i, e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

***Luogo e data*_____** ***in fede*_____**

- Si allega copia documento d'identità.
- Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Numero 67-DAT/AST_AP
Data 15/04/2024

DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____

(prov. _____) il _____ M__ F___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ (prov. _____)

Via _____ n. ___ Cap _____ telefono _____

Indirizzo mail _____ indirizzo PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

_____

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

_____

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata in forma autografa, la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____

_____

(firma)