

Avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e per l'affidamento di sostituzioni per i settori della Medicina Generale.

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata

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 apposita graduatoria aziendale 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.

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.

I medici appartenenti alle categorie b), c), d) ed e), saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea e anzianità di laurea. Inoltre, in aggiunta a quanto sopra esplicitato, si stabilisce quanto segue:

- 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 sostituto.**
- 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 Macerata.**
- 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 Macerata.

La graduatoria di cui al presente avviso:

- 1) avrà validità annuale e non potrà essere revisionata prima della scadenza naturale, anche qualora intervenissero variazioni nello status degli iscritti, salvo future determinazioni regionali che dovessero sopraggiungere a modifica del presente bando e degli atti ad esso conseguenti;
- 2) sarà utilizzata dall'AST di Macerata ogni qual volta si renderà necessario conferire incarichi in scadenza o nuovi incarichi da espletarsi in ambito distrettuale.

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.

Modalità e termini per la presentazione delle domande

I medici interessati al conferimento degli incarichi devono presentare domanda redatta in bollo da € 16,00 (utilizzando il fac-simile allegato e compilando la dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo), esclusivamente con la seguente modalità:

posta elettronica certificata (indirizzo P.E.C. ast.macerata@emarche.it).

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.

5 maggio 2024

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura ***“avviso per sostituzioni medicina generale”***. Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate, 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 ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificato sopra indicato;

- E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. 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.
- 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 Macerata declina ogni responsabilità per eventuali disguidi telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa, ovvero per le domande 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.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'AST di Macerata.

Per ogni eventuale informazione i medici potranno rivolgersi ai seguenti numeri:
0733-2572763, 0733-2572731, 0733-2574010

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

f.to IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Marco Ricci

Marca da
bollo da
€ 16,00

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DELL'AST DI MACERATA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E/O DI SOSTITUZIONE PER I SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE.

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AST DI MACERATA
VIA ANNIBALI 31/L
62100 PIEDIRIPA DI MACERATA

indirizzo P.E.C. ast.macerata@emarche.it

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito/a nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e/o di sostituzione nei settori della medicina generale (*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 alla quale è possibile accedervi solo se si è in possesso dell'abilitazione all'attività di emergenza urgenza)**

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 Marche (valevole per il 2023) 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 della Regione Marche;**
- ☐ **medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**
- ☐ **medici iscritti ai corsi di specializzazione.**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi e per gli effetti dell'art 46 DPR 445/2000
(da compilare in stampatello 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 _____ pec _____;
- 4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____;
- 5) di avere la seguente cittadinanza _____;
- 6) di godere/non godere dei diritti civili e politici;
- 7) 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;
- 8) di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 9) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con voto ____/____;
- 10) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____;
- 11) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il ____/____/____ al n° _____ codice ENPAM _____;
- 12) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche valevole per l'anno 2024, con il punteggio di _____;
- 13) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91, conseguito in data ____/____/____ presso la Regione _____;
- 14) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 dal ____/____/____ nella Regione _____;
- 15) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 16) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____;
- 17) di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN/2022 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, 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 dell'ex Asur Marche.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'AST di Macerata 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/UE) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

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)

