



Regione
Lombardia

ASL Pavia

AVVISO PUBBLICO

FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL DI PAVIA PERIODO 1/4/2014 – 31/3/2015

SCADENZA: entro le ore 12 del 17 febbraio 2014

In esecuzione del decreto aziendale n. 31 del 31/01/2014 è indetto avviso pubblico volto alla formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale.

La graduatoria sarà predisposta ai sensi dell'art.70, della norma finale n.5 e della norma transitoria n. 4 dell'ACN per la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale vigente.

Requisiti di ammissione per la partecipazione al presente avviso:

- Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione.
- Iscrizione all'Ordine dei Medici.
- assenza di provvedimenti a proprio carico di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego.
- assenza di attività incompatibili, come previsto dall'art. 17 del vigente ACN.
- Patente B e disponibilità di proprio automezzo

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda, ad eccezione dell'assenza di incompatibilità che dovrà sussistere all'atto del conferimento dell'incarico.

Domanda di ammissione

La domanda di partecipazione deve essere redatta utilizzando l'apposito modello scaricabile unitamente al presente avviso dal sito web dell'Asl di Pavia (www.asl.pavia.it) alla sezione "Concorsi e Avvisi" completo in ogni sua parte.

Nella domanda il candidato sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR medesimo per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, deve dichiarare:

- 1) cognome e nome
- 2) la data, il luogo di nascita;
- 3) luogo di residenza, indirizzo e recapito telefonico;
- 4) possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, data di conseguimento e voto;
- 5) possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo e data conseguimento;
- 6) iscrizione all'Albo professionale;
- 7) di non avere procedimenti penali in atto o carichi pendenti;
- 8) di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 9) di non aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dal rapporto convenzionale di medico di medicina generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale)
- 10) eventuale iscrizione nella graduatoria regionale di settore
- 11) eventuale possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai decreti legislativi 256/91, n. 368 del 17/08/1999 e n. 277 del 8/7/2003 ;
- 12) eventuale attività di servizio svolta presso la continuità assistenziale di codesta o altra ASL, dall'1/01/2006 al 31/12/2013.

La domanda deve essere firmata: ai sensi dell'art.39, comma 1 DPR445/2000 non è richiesta l'autentica della firma.

Alla domanda dovrà essere allegato:

- fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità
- Autocertificazione informativa (ai sensi artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445) (**allegato 1**)
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000) (**allegato n 2**)

Presentazione della domanda: termini e modalità:

I medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione che **dovrà pervenire, a prescindere dalla modalità di trasmissione, entro e non oltre le ore 12 del 17 febbraio 2014.**

Le domande di partecipazione devono essere prodotte unicamente attraverso una delle seguenti modalità:

- invio tramite PEC .

Le domande saranno ritenute valide se effettuate secondo quanto previsto dall'art. 65 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n.82, inoltre si specifica che:

- la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale (posta PEC personale);
- non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata a PEC Aziendale ovvero da PEC non personale;
- devono essere inviate al seguente indirizzo **PEC: protocollo@pec.asl.pavia.it**;

- spedizione a mezzo postale con raccomandata A/R all'Asl di Pavia- Ufficio protocollo- Viale Indipendenza 3- 27100 Pavia, non fa fede il timbro postale;
- consegna a mano all'Ufficio protocollo dell'Asl di Pavia _ Viale Indipendenza 3 nei seguenti orari di apertura al pubblico:
 - dal lunedì al giovedì dalle 8,30 alle 12 e dalle 14 alle 16
 - venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,00.

L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore.

Criteria per la formulazione della graduatoria:

La graduatoria avrà validità annuale, dall'1/4/2014 al 31/03/2015, verrà utilizzata secondo le necessità aziendali e sarà articolata nelle sette sezioni sotto riportate:

- I. Medici presenti nella graduatoria regionale di settore della Lombardia valida per l'anno 2014;
- II. Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente, non presenti nella graduatoria di settore della Regione Lombardia valida per l'anno 2014;
- III. Medici in attività presso il servizio nella Centrale di Coordinamento dell'ASL di Pavia;
- IV. Medici che hanno espletato il servizio di Guardia Medica Turistica nell'Asl di Pavia nell'anno 2013;
- V. Medici esclusi dalle categorie di cui sopra e non iscritti a corsi di formazione o specializzazione;
- VI. Medici iscritti a corsi di formazione specifica in medicina generale;
- VII. Medici iscritti a corsi di specializzazione.

All'interno di ciascuna categoria i medici verranno graduati in base ai seguenti criteri:

1. residenti nell' ASL di Pavia (10 punti);
2. residenti nella Regione Lombardia (10 punti).
3. per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolta nell'ASL di Pavia, dall'1/1/2006 al 31/12/2013, ragguagliata a 96 ore mensili (punti 0,40 per mese);
4. per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolte in altre ASL, dall'1/1/2006 al 31/12/2013, ragguagliata a 96 ore mensili (punti 0,20 per mese);
5. A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine:
 - minore età al conseguimento del diploma di laurea
 - voto di laurea
 - anzianità di laurea
6. I medici iscritti in graduatoria regionale o in possesso dell'attestato di formazione per la medicina generale frequentanti corsi di specializzazione verranno inseriti e graduati nella sezione VII, ad eccezione di coloro che possiedono i requisiti previsti alle sezioni III e IV.

Gli incarichi verranno assegnati scorrendo nell'ordine le 7 sezioni, avranno validità non superiore ai 12 mesi e per un monte ore settimanali pari a 24.

Ai medici delle sezioni VI e VII potranno essere attribuiti incarichi per periodi non superiori ai tre mesi.

Gli incarichi si interrompono anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti (art.63 ACN 29/7/2009).

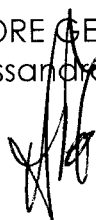
Il conferimento degli incarichi verrà effettuato nel rispetto delle norme giuridico-economiche previste dall'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli accordi integrativi regionali vigenti.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi al Dipartimento Cure Primarie – Ufficio Continuità Assistenziale dell'ASL della Provincia di Pavia dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 (stanza 245 – tel. 0382/431337-431283).

Pavia, 3 febbraio 2014

l. u. 15.1. 7667

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Alessandro MAURI)



MODELLO DOMANDA

Spett.le
ASL della Provincia di Pavia
Servizio Continuità Assistenziale
Viale Indipendenza 3
27100 PAVIA

Il sottoscritto nato a

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

Residente aProv.....Cap.....

Vianr.....Tel.....

Domiciliato aProv.....Cap.....
(solo se diverso dalla residenza)

CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALL'AVVISO PER LA FORMAZIONE
DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA'
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INDETTO DA CODESTA ASL
PERIODO 1/4/2014 – 31/3/2015**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n° 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

Di essere cittadino

Di essere in possesso della Laurea in medicina e Chirurgia conseguita in data
Presso l'Università di voto laurea

Di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita
in data presso l'Università di.....

Di essere iscritto all'Albo Professionale di
.....

Di avere/non avere precedenti penali
(cancellare la voce che non interessa)

Di avere/non avere pendenze penali
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di
prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai
sensi della vigente normativa
(cancellare la voce che non interessa)

Di avere/non aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dal rapporto convenzionale di medico di medicina generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale)
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di settore (Continuità Assistenziale) valevole per l'anno 2014
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in data..... o di titolo equipollente
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale: indicare data di presunto conseguimento dell'Attestato.....
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto ai Corsi di Specializzazione di cui al D.L. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. 368/1999:
denominazione del corso.....
soggetto pubblico che lo svolge.....
con inizio dal.....
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere in possesso della patente B
(cancellare la voce che non interessa)

Di avere/non avere la disponibilità di proprio automezzo
(cancellare la voce che non interessa)

Indica come segue il domicilio (se diverso dalla residenza) presso il quale chiede gli vengano inoltrate le comunicazioni relative al presente avviso

.....

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso;
- di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs 30/6/2003 n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

data.....

.....
firma

all.:
• fotocopia fronte/retro del documento di identità in corso di validità
• Autocertificazione Informativa (ai sensi artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445) (allegato 1)
• Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi art. 47 DPR 445/2000) (allegato n.2)

DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte_retro documento di identità n.....rilasciato il
.....da.....

Allegato 1

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(ai sensi artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n. _____ iscritto

all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli

effetti degli artt. 46 e 47, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni

penali di cui all'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o

uso di atti falsi dichiara sotto la propria responsabilità di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati(2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro

_____ Periodo dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte

Periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda_____branca_____ore sett._____

Azienda_____branca_____ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia_____branca_____Periodo: dal_____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo 502/92:

Azienda_____Via_____

Tipo di attività_____

Periodo dal_____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione_____o in altra regione (2):

Regione_____A.S.L._____ore sett._____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto(1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso_____

Soggetto pubblico che lo svolge_____

Inizio: dal_____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni (2)

Organismo_____ore sett._____

Via_____Comune di_____

Tipo di attività_____

Tipo di Lavoro_____

Periodo: dal_____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

(2)organismo_____ore sett._____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ comune di _____

Periodo dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell' Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della previdenza Sociale:

Periodo dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: **NESSUNA**)

_____ periodo dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a :(2)

Periodo dal _____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) avere/non avere riportato condanne penali _____

22) essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

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

NOTE _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero

Data _____

Firma _____

- (1) cancellare la voce che non interessa
- (2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte_retro documento di identità n.....rilasciato il
.....da.....

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio
ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000

Allegato n. 2

Allegato parte integrante e sostanziale di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL della Provincia di Pavia.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____ Prov _____

in via _____

C.F.: _____

in relazione all'avviso anzidetto consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 "decadenza dei benefici", 76 "norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art.496 "False dichiarazioni sulle identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell' art.47 del DPR n.445/2000,

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl di

ANNO	ORE
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl
di _____

ANNO	ORE
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl
di _____

ANNO	ORE
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl
di _____

ANNO	ORE
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl
di _____

A N N O	O R E
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl
di _____

A N N O	O R E
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	

Data.....

.....
firma

DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte_retro documento di identità n.....rilasciato il
.....da.....