

- 2 FEB. 2017 - 25-03 - 5855

P. 41

**AVVISO PUBBLICO**

**RETTIFICA AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI  
DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL  
SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ATS DI PAVIA  
PERIODO 1/4/2017 - 31/3/2018 (DECRETO ATS PAVIA N. 3/Dgi DEL 09/01/2017)  
E CONSEGUENTE RIPERTURA DEI TERMINI DI PARTECIPAZIONE**

**SCADENZA: entro le ore 12 del 17/2/2017**

Con decreto aziendale n. 21/Dgi del 01/02/2017 si è proceduto alla rettifica dell'avviso pubblico volto alla formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale per errata indicazione di indirizzo PEC a cui inviare le domande. Conseguentemente è stato riaperto il termine di partecipazione.

**I candidati che avessero proceduto, ai sensi del precedente avviso approvato con decreto aziendale n. 3/DGi del 9/1/2017, all'inoltro delle domande di partecipazione non saranno tenuti ad effettuare nuova presentazione delle stesse**

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.
- Patente B e disponibilità di proprio automezzo

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda.



## Domanda di ammissione

La domanda di partecipazione deve essere redatta utilizzando l'apposito modello scaricabile unitamente al presente avviso dal sito web dell'ATS di Pavia ([www.ats.pavia.it](http://www.ats.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:

- cognome e nome
- la data, il luogo di nascita;
- luogo di residenza, indirizzo e recapito telefonico, indirizzo posta elettronica;
- possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, data di conseguimento e voto;
- possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo e data conseguimento;
- iscrizione all'Albo professionale;
- di non avere procedimenti penali in atto o carichi pendenti;
- 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;
- 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)
- eventuale possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai decreti legislativi 256/91, 17/08/1999 n.368 e 8/7/2003 n. 277;
- eventuale attività di servizio svolta presso la continuità assistenziale dell'Ats di Pavia o presso altra Ats dall'1/01/2010 al 31/12/2016.

La domanda deve essere firmata: ai sensi dell'art. 39, comma 1 DPR 445/2000 non è richiesta l'autentica della firma.

Alla domanda dovrà essere allegato:

- 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 2**);
- fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della patente B

2/4

**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia**

V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - [www.ats-pavia.it](http://www.ats-pavia.it)

Deliberazione cost. n. X/4469 del 10.12.2015

**Dipartimento Cure Primarie - U.O.C. Assistenza Sanitaria Primaria - U.O.S. Continuità Assistenziale**

**☎ +39 (0382) 431337 - 431283 Fax +39 (0382) 431360**

**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 17/2/2017**

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.ats-pavia.it**

**spedizione a mezzo postale con raccomandata A/R** all'ATS di Pavia-Ufficio protocollo- Viale Indipendenza 3- 27100 Pavia, non fa fede il timbro postale;

**consegna a mano all'Ufficio protocollo dell'ATS 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.

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

**Criteri per la formulazione della graduatoria:**

La graduatoria avrà validità annuale, dall'1/4/2017 al 31/03/2018, verrà utilizzata secondo le necessità aziendali rispettando il seguente ordine di priorità:

- I. Medici presenti nella graduatoria regionale di settore della Lombardia valida per l'anno 2017;
- II. Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente, non presenti nella graduatoria di settore della Regione Lombardia;
- III. Medici in attività presso il servizio nella Centrale di Coordinamento dell'ATS di Pavia;



- IV. Medici che hanno espletato il servizio di Guardia Medica Turistica nell'ATS di Pavia nell'anno 2016;
- 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.

I medici verranno graduati in base ai seguenti criteri:

- residenti nell'ATS di Pavia (10 punti);
- residenti nella Regione Lombardia (10 punti).
- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolta nell'ATS di Pavia, dall'1/1/2010 al 31/12/2016, raggiunti a 96 ore mensili (punti 0,40 per mese);
- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolte in altre ATS, dall'1/1/2010 al 31/12/2016, raggiunti a 96 ore mensili (punti 0,20 per mese);

A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

Gli incarichi avranno validità non superiore ai 12 mesi e per un monte ore settimanale pari a 24.

Al momento dell'assegnazione dell'incarico l'avente diritto non deve trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 ACN 29/7/2009.

Il rifiuto dell'incarico al momento della chiamata comporterà l'ultimo posto in graduatoria con mantenimento del punteggio.

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 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'ATS della Provincia di Pavia dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 (stanza 245 – tel. 0382/431337-431283).

Pavia, 2/2/2017

IL DIRETTORE GENERALE ATS PAVIA

(dott.ssa Anna Pavan)

4/4

**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia**

V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - [www.ats-pavia.it](http://www.ats-pavia.it)

Deliberazione cost. n. X/4469 del 10.12.2015

**Dipartimento Cure Primarie - U.O.C. Assistenza Sanitaria Primaria - U.O.S. Continuità Assistenziale**

+39 (0382) 431337 - 431283 Fax +39 (0382) 431360



**MODELLO DOMANDA**

Spett.le  
ATS della Provincia di Pavia  
Ufficio Continuità Assistenziale  
Viale Indipendenza 3  
27100 PAVIA

Il sottoscritto ..... nato a .....

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

Residente a .....Prov.....Cap.....

Via .....nr.....Tel.....

Domiciliato a .....Prov.....Cap.....  
(solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo mail.....

**C H I E D E**

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALL'AVVISO PER LA FORMAZIONE  
DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILTA'  
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO  
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INDETTO DA CODESTA ATS  
PERIODO 1/4/2017 – 31/3/2018**

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 iscritto nella graduatoria regionale di settore (Continuità Assistenziale)  
valevole per l'anno 2017  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in  
data.....  
(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 in possesso della patente B

Di essere avere la disponibilità di proprio automezzo

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
  - . fotocopia patente B
  - . 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.....



## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato L dell' ACN per la  
medicina generale del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto

all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli

effetti dell'art. 47, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente 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) dei trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

**NOTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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



**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'ATS 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'ATS di PAVIA

| ANNO | ORE |
|------|-----|
| 2010 |     |
| 2011 |     |
| 2012 |     |
| 2013 |     |
| 2014 |     |
| 2015 |     |
| 2016 |     |

Di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS  
di \_\_\_\_\_

| <b>ANNO</b> | <b>ORE</b> |
|-------------|------------|
| 2010        |            |
| 2011        |            |
| 2012        |            |
| 2013        |            |
| 2014        |            |
| 2015        |            |
| 2016        |            |

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS  
di \_\_\_\_\_

| <b>ANNO</b> | <b>ORE</b> |
|-------------|------------|
| 2010        |            |
| 2011        |            |
| 2012        |            |
| 2013        |            |
| 2014        |            |
| 2015        |            |
| 2016        |            |

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS  
di \_\_\_\_\_

| <b>ANNO</b> | <b>ORE</b> |
|-------------|------------|
| 2010        |            |
| 2011        |            |
| 2012        |            |
| 2013        |            |
| 2014        |            |
| 2015        |            |
| 2016        |            |

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS  
di \_\_\_\_\_

| <b>ANNO</b> | <b>ORE</b> |
|-------------|------------|
| 2010        |            |
| 2011        |            |
| 2012        |            |
| 2013        |            |
| 2014        |            |
| 2015        |            |
| 2016        |            |

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS  
di \_\_\_\_\_

| <b>ANNO</b> | <b>ORE</b> |
|-------------|------------|
| 2010        |            |
| 2011        |            |
| 2012        |            |
| 2013        |            |
| 2014        |            |
| 2015        |            |
| 2016        |            |

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.....