



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria 321 - 92100 Agrigento - P.IVA e C.F. 02570930848

DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO

U.O.S Gestione Convenzione e Budget MMG e PLS

AVVISO AI MEDICI

PER LA PRESENTAZIONE Istanze PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2020 PER ASSEGNAZIONE INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

SI AVVISANO i Signori Medici che con D.D.G. n. 2032 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019 è stata approvata la Graduatoria definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2020.

Come previsto dall'art. 15, comma 6 e 7 dell'Accordo Nazionale di Medicina Generale del 21/06/2018, questa Azienda predisporrà una **Graduatoria Aziendale** di medici disponibili per eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di un incarico di sostituzione di Emergenza Sanitaria Territoriale.

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria aziendale di questa A.S.P. e in possesso dei requisiti previsti dall'A.C.N. vigente, dovranno produrre **istanza di partecipazione in bollo** (come da ALLEGATO 1), **autocertificazione informativa** (allegato L) e **copia del documento di identità** in corso di validità.

Saranno prese in considerazione solo le istanze compilate correttamente e saranno invece escluse le istanze incomplete, illeggibili o presentate fuori termine.

Tutti i dati richiesti devono essere posseduti al momento della presentazione dell'istanza.

Le istanze potranno essere presentate **ESCLUSIVAMENTE** attraverso una delle seguenti modalità:

- brevi manu presso il Protocollo Generale di questa A.S.P. in Viale della Vittoria 321 - Agrigento.
- a mezzo R/R al seguente indirizzo: Al Responsabile U.O.S. Gestione Conv e Budget MMG e PLS - Viale della Vittoria 321 Agrigento

Le istanze, corredate dai documenti sopra indicati, dovranno **PERVENIRE IMPROROGABILMENTE** a questa A.S.P. entro e non oltre il 05/01/2020.

N.B.:

- I Medici che intendono partecipare a diverse graduatorie DEVONO presentare istanze separate (una per ciascuna graduatoria). Pertanto, non saranno considerate valide le istanze contenenti più scelte contemporaneamente.
- In osservanza a quanto disposto ai fini della riduzione dei costi amministrativi, si informano i Sig. Medici che questa Azienda procederà alle convocazioni per il conferimento degli eventuali incarichi de quo ESCLUSIVAMENTE tramite comunicazione inviata via PEC. A tal fine i Medici dovranno indicare nell'istanza un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione alla convocazione.

Il Dirigente Medico
Gestione Conv e budget MMG e PLS
Dott. Diego Amico



Il Direttore del D.S.B. di Agrigento
Dott. Giuseppe Amico

MARCA DA BOLLO

€. 16,00

Al Responsabile U.O.S.
Gestione Conv. e Budget MMG e PLS
Viale della Vittoria, 321
92100 Agrigento

Il sottoscritto Dr. _____ COD. FISCALE _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ in via _____

Cellulare (OBBLIGAT.) _____ P.E.C. (OBBLIGAT.) _____

CODICE ENPAM _____

COMUNICA

La propria disponibilità ad assumere incarichi provvisori e di sostituzione di **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE** presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per il periodo di validità della Graduatoria Regionale di Medicina generale valida per l'anno 2020 approvata con D.D.G. n.2032 del 12/11/2019 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 del 29/11/2019.

A tal fine, il sottoscritto,

DICHIARA

- Di essere/non essere incluso nella Graduatoria Regionale di Medicina generale valida per l'anno 2020 al posto n. _____ con punti _____
- Di essere / non essere in possesso dell'"Attestato di idoneità di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- Di avere / non avere acquisito il titolo di formazione specifico in Medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in Graduatoria regionale in data _____;
- Di essere in atto / non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina generale;
- Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto _____
- Di essere / non essere iscritto a corso di Specializzazione
- Di aver conseguito l'abilitazione professionale in data _____
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con il n. . _____
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000. A tal fine allega atto notorio (Allegato L)
- Di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 101/2018
- Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuale insorgenza di incompatibilità o qualsiasi variazione in merito a quanto sopra dichiarato.

_____, LI _____

Firma

ALLEGATO L

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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 incaricato 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 e con 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 n. 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 _____ Azienda _____ 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 n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 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 rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e 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 della 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 sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: 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 per conto di qualsiasi altro 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) di 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.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

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