

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

**DIREZIONE GENERALE**

PROT. 31361/20 DEL 01/06/2020 SCADENZA 01/07/2020

**OGGETTO: Avviso per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione – anno 2020.**

**VISTO** l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i.– Triennio 2016-2018, la cui Ipotesi di Accordo è stata sottoscritta in data 25 giugno 2019 dalla SISAC e dalle OO.SS. di categoria e reso esecutivo a decorrere dal 31/03/2020, data di assunzione del relativo provvedimento che ne sancisce l'intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome in vigore fino alla stipula del successivo Accordo (Rep. Atti n°49/CSR del 31/03/2020);

**VISTO**, in particolare, l'art. 19 del richiamato Accordo del 31/03/2020 che stabilisce requisiti, domande e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento a cui, per quanto disposto al comma 12, è demandato anche di pubblicare sul sito istituzionale un "Avviso per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione";

**TENUTO CONTO** che l'art. 19, comma 12, A.C.N. Specialistica Ambulatoriale del 31/03/2020 disciplina le modalità di formazione delle graduatorie aziendali per il conferimento degli incarichi temporanei e di sostituzione nell'attività svolta da Specialisti, Veterinari e Professionisti, graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

**PRESO ATTO** che, nella seduta del 14/05/2020 del Comitato Zonale per la Specialistica Ambulatoriale, è stato stabilito di procedere alla pubblicazione dell'Avviso di cui sopra per la formazione di dette graduatorie valide per l'anno in corso;

**CONSIDERATO** che l'Azienda deve predisporre le Graduatorie Aziendali di disponibilità, come previsto dal richiamato art. 19, comma 12, del vigente ACN, da utilizzarsi per l'attribuzione di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione, che rimarrà in vigore fino alla pubblicazione della Graduatoria valida per il 2021;

SI EMANA IL SEGUENTE

# AVVISO

**per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione - anno 2020.**

Sulla base dell'art. 19 dell'A.C.N. della per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020, il presente avviso è rivolto alle seguenti categorie di Medici, nell'ordine di priorità indicato:

- a) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 dell'art. 19, secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Si precisa che:

- In riferimento alla lettera a), l'art. 19, comma 10, fa riferimento alla Graduatoria provinciale valida per l'anno 2020 (domande presentate entro il 31/01/2019), redatte sulla base dei criteri di cui all'art. 17 del A.C.N. per la Specialistica Ambulatoriale del 17/12/2015 e ratificata dal Comitato Consultivo Zonale Medici Specialisti Ambulatoriali di Rieti e Provincia nella seduta del 10/12/2019, approvata con Deliberazione n°1141 del 23/12/2019, pubblicata sul BURL n°7 - Supplemento n°1 del 23/01/2020;
- In riferimento alla lettera b), l'art. 19, comma 4, specifica quanto di seguito riportato:  
*“Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 27, comma 1, lettere h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:*

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;*
- b) iscrizione all'Albo professionale;*
- c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;*
- d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.*

*Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.*

*La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.*

*I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria”.*

Le domande di ammissione all'Avviso, dovranno essere redatte in bollo, secondo la modulistica allegata (**Allegato n°1 e n°2**) e dovranno essere trasmesse, unitamente alla documentazione ad esse allegata, entro il 30° giorno dalla pubblicazione del bando sul sito aziendale, con modalità telematica al seguente indirizzo di posta certificata: **medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it** assolvendo l'imposta di bollo secondo le modalità indicate nel modulo di attestazione del pagamento del bollo (**Allegato n°3**).

Ai fini del conferimento degli incarichi di cui al presente Avviso, l'Azienda si riserva di contattare i medici disponibili, sempre secondo l'ordine di graduatoria, esclusivamente a mezzo PEC.

Si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazione delle domande di ammissione agli impieghi di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

La graduatoria dei medici disponibili sarà formalizzata con Determinazione del Direttore dell'UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione e verrà pubblicata sul sito Aziendale ([www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)) alla sezione "Avvisi".

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della sola procedura prevista dal presente avviso e all'eventuale attribuzione e gestione del rapporto di lavoro, ed avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo le modalità stabilite dal codice citato. Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi alla UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione - tel. 0746/279555 (Sig.ra Maria Pia Trivellone e Dr.ssa Rosa Viel) - 0746/279532 (Dr. Maglioni Giovanni).

Il presente Avviso è affisso agli Albi dell'Azienda presso le seguenti sedi: Rieti sede centrale, P.O. di Rieti, Distretti 1 e 2, Casa della salute di Magliano Sabina, nonché pubblicato sul sito web aziendale ([www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it))

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr.ssa Anna Fetti

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

IL DIRETTORE SANITARIO f.f.  
Dr. Genaro D'Agostino

Il Direttore U.O.C. Amm. Personale Dipendente  
a Convenzione e Collaborazione  
Dott.ssa Ornella Serva

P.O. Medicina Convenzionata - Area Risorse Umane:  
Sig.ra Maria Pia Trivellone

Funzionario:  
Dr.ssa Rosa Viel

U.O.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE, A CONVENZIONE E COLLABORAZIONI  
Tel. 0746-279516 - FAX 0746-279948 - e-mail: [o.serv@asl.rieti.it](mailto:o.serv@asl.rieti.it)

Spazio per l'apposizione della marca da bollo da € 16,00, da annullare con data e firma

SPETT.LE  
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI  
 UOC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE,  
 A CONVENZIONE E COLLABORAZIONI  
 Ufficio Medicina Convenzionata  
 VIA DEL TERMINILLO, 42  
 02100 - R I E T I

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione – anno 2020.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 (Prov. \_\_\_\_\_) –

C.F. \_\_\_\_\_, con i seguenti recapiti:

tel. \_\_\_\_\_ ;

cell. \_\_\_\_\_ ;

\* e-mail \_\_\_\_\_ (LEGGIBILE);

\* PEC \_\_\_\_\_ (LEGGIBILE).

\* **obbligatoria** per eventuali comunicazioni da parte delle Aziende Sanitarie.

**N.B.: E' OBBLIGATORIO allegare FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ e modulo MARCA DA BOLLO (ALLEGATO N°3), a pena di esclusione.**

### CHIEDE

di partecipare all'Avviso in oggetto, pubblicato sul sito istituzionale  
 in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_  
 a valere per l'anno 2020 relativamente all'ambito zonale di Rieti e Provincia nel cui territorio intende ottenere  
 l'incarico provvisorio, a tempo determinato o l'affidamento di sostituzione

**(N.B.: Dovrà essere presentata UNA DOMANDA PER OGNI SINGOLA BRANCA O DISCIPLINA  
 nella quale lo specialista, veterinario o professionista chiede di essere incluso) in qualità di**

medico specialista ed odontoiatra: branca di \_\_\_\_\_ ;

medico veterinario:

- Branca Sanità Animale;
- Branca Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Branca Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;

professionista biologo;

professionista chimico;

professionista psicologo;

professionista psicoterapeuta;

## DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i.  
(mettere una X sull'opzione A o B)

- a) di essere iscritto nella Graduatoria provinciale valida per l'anno 2020 (domande presentate entro il 31/01/2019), approvata con Deliberazione n°1141 del 23/12/2019, con punteggio \_\_\_\_\_;
- b) di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19, che saranno graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea e, pertanto, si acclude autocertificazione. relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria in oggetto (Allegato n°2).

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità.

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA per esteso** \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE**  
**ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI OPZIONE b)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO**  
**ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (COGNOME) \_\_\_\_\_  
(NOME) \_\_\_\_\_ (M) (F) nato/a il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) - C.F.  
\_\_\_\_\_, residente  
alla Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, presso il Comune  
di \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_\_), CAP  
\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni  
non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

1)

di essere **cittadino italiano**;

di essere **cittadino di altro Paese appartenente alla UE** (specificare):

\_\_\_\_\_;

2) di possedere il diploma di: **laurea (DL) / laurea specialistica (LS)** della classe corrispondente in:

- MEDICINA E CHIRURGIA;  
 ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;  
 MEDICINA VETERINARIA;  
 BIOLOGIA;  
 CHIMICA;  
 PSICOLOGIA;

**conseguito in data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **con voto** \_\_\_\_/\_\_\_\_:

**senza lode**;

**con lode**,

presso l'Università \_\_\_\_\_;

3) di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo-odontoiatra-medico veterinario-biologo-chimico-psicologo) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

4) di essere iscritto all'**ALBO PROFESSIONALE** dei/degli \_\_\_\_\_ (medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi) presso l'Ordine \_\_\_\_\_ provinciale/regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

5) di essere in possesso delle seguenti **SPECIALIZZAZIONE IN:**

\_\_\_\_\_

- conseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_:   
senza lode;  con lode, presso l'Università  
\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_

- conseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_:   
senza lode;  con lode, presso l'Università  
\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_

- conseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_:   
senza lode;  con lode, presso l'Università  
\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso del **TITOLO DI:**

*(N.B. per gli psicologi è titolo valido anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt.*

*3 e 35 della legge n.56/89) come di seguito dichiarato:*

- Psicoterapia **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione:  
..... il ...../...../.....;
- Psicoterapia **ex art. 3 legge 56/89** il ...../...../..... **con voto** ...../.....:   
senza lode  con lode, presso l'Istituto riconosciuto: .....  
di..... (prov. ....) Via/P.za..... n..... tel.  
.....;

6)

- **di non fruire** del trattamento per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- **di non fruire** di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- **di non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario professionista sanitario;

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA per esteso \_\_\_\_\_

<b>MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445
Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

**Numero identificativo della marca da bollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma autografa leggibile

\_\_\_\_\_