



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. 2974 DEL 11 6 GEN. 2020

SCADENZA 17/02/2020

OGGETTO: Avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Medicina dei Servizi, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2020.

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. LGS. 502/92 e S.M.I., sottoscritto in data 20.01.2005 dalla SISAC dalle OO.SS. di categoria ed esecutivo a far data dal 23.03.2005, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Stato – Regioni (di seguito denominato A.C.N. per la Medicina Generale 23.03.2005 e s.m.i.);

VISTO l'art. 81 commi 3 e 4, dell'Accordo citato che prevede la possibilità di conferire incarichi di sostituzione, secondo l'ordine della Graduatoria Regionale vigente di medicina generale e con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;

CONSIDERATO che tale disposizione non è stata modificata dagli AA.CC.NN. per la medicina generale del 29 luglio 2009, 08 luglio 2010 e 21 giugno 2018, successivamente intervenuti;

VISTO, altresì, l'art. 31 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, approvato con DGR n. 229 del 21.04.06, che in caso di vacanza di ore, consente alle Aziende di attribuire incarichi a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 mesi, definendone la durata in relazione alla necessità di assicurare la continuità del servizio;

VISTA la deliberazione n. 149/DG del 12.02.2016, di approvazione del regolamento che stabilisce i criteri per la formazione delle graduatorie aziendali di disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti per le attività di continuità assistenziale, medicina dei servizi territoriali e pediatri di libera scelta, così come modificato e integrato dal regolamento aziendale in corso di adozione, che è stato condiviso con il Comitato Aziendale di Medicina Generale nella seduta del 29/10/2019;

PRESO ATTO che sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 104 del 27/12/2019 sono state pubblicate le graduatorie definitive di settore della medicina generale valide per l'anno 2020, approvate con Determinazione n. G18465 del 23 Dicembre 2019;

CONSIDERATO che l'Azienda deve predisporre la Graduatoria Aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15 comma 12 del vigente ACN, da utilizzarsi per la copertura degli incarichi vacanti di Medicina dei Servizi che rimarrà in vigore fino alla pubblicazione della Graduatoria Regionale valida per il 2021;

TENUTO CONTO che la relativa graduatoria aziendale dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione, sarà redatto secondo i criteri e le priorità stabiliti nell'Accordo Regionale vigente e precisamente:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 600, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
2. medici convenzionati per la continuità assistenziale (nei limiti della compatibilità oraria);
3. medici della medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore settimanali con priorità per chi ha un minor numero di ore;
4. medici inseriti nella graduatoria unica regionale di MMG anno 2020, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale dell'azienda, tenuto conto delle compatibilità previste dall'ACN.

SI EMANA IL SEGUENTE

A V V I S O

Per la formazione della graduatoria aziendale di disponibilità, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di medicina dei servizi territoriali, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2020.

Sulla base dell'art. 31 dell' Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, approvato con DGR n. 229 del 21.04.06, il presente avviso è rivolto alle seguenti categorie di Medici:

1. medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 600;
 2. medici convenzionati per la continuità assistenziale (nei limiti della compatibilità oraria);
 3. medici della medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore settimanali;
 4. medici inseriti nella graduatoria unica regionale di MMG anno 2020;
- Le domande di ammissione all'Avviso, dovranno essere redatte in bollo, secondo la modulistica allegata (all. n. 1) e dovranno essere consegnate, unitamente alla documentazione ad esse allegata, all'Ufficio protocollo, entro il 30° giorno dalla pubblicazione del bando sul sito aziendale, ovvero spedite per raccomandata R.R. entro tale termine all'ASL Rieti, Via del Terminillo, 42, 02100 RIETI (a tal fine farà fede il timbro con la data dell'Ufficio postale accettante) od, infine, trasmessa, entro il suddetto termine, 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 (all. n. 2).

Ai fini del conferimento degli incarichi di cui all'Avviso e per la scelta della sede vacante disponibile, 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.ne Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione e verrà pubblicata sul sito Aziendale (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 di continuità assistenziale, 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 all'UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione - tel. 0746/279532 (Dr. Maglioni Giovanni) – 0746/279555 (Sig.ra Maria Pia Trivellone).

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni dei recapiti da parte dell'aspirante, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dei recapiti indicati, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

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)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr.ssa Anna Petti

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marinella D'Immoenzo

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

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

Il Responsabile del Procedimento
Dr. Giovanni Maglioni

| |
|--|
| Marca da bollo vigente €16,00 |
|--|

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della graduatoria aziendale di disponibilità, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di medicina dei servizi territoriali, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Unica Regionale di MMG anno 2020.

Il/la sottoscritto/a (**COGNOME**) * _____

(**NOME**) * _____ nato/a il _____

a _____ provincia di _____

CODICE FISCALE * _____ residente in _____

via _____ rec. Tel. _____

recapito cell. _____ e – mail _____

INDIRIZZO PEC * _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data _____

con scadenza _____

(*) CAMPI OBBLIGATORI

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

- 1) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ / _____ e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____;

- 2) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n. _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 3) di essere / non essere titolare di Medicina Generale con n. _____ scelte in data _____ presso la ASL _____
- 4) di essere / non essere Titolare di n. _____ ore settimanali di Continuità Assistenziale presso la ASL _____
- 5) di essere / non essere Titolare di n. _____ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso la ASL _____
- 6) di essere / non essere inserito nella graduatoria unica regionale di MMG definitiva anno 2020, nella posizione _____ con punti _____
- 7) di individuare quale domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere inviata ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso:
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Località _____ Rec. Telef. _____;

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

DATA _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma leggibile)

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

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

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
