



Ascoli Piceno
San Benedetto del Tronto

Azienda Sanitaria Unica Regionale
ASUR AREA VASTA 5 - ARCOL

0041995 | 07/08/2014
ASURAV5 | AAGG | P

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposita graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione, fino ad un massimo di mesi 12, nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale dell'AREA VASTA N. 5.

In esecuzione della Determina n. 875/AV5 del 28.07.2014.

SI RENDE NOTO

che, questa Area Vasta intende redigere, in via cautelativa, una graduatoria utile a fronteggiare esigenze finalizzate al conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi degli artt. 97 e norma transitoria n. 7 vigente ACN e art. 46 comma 6 dell'Accordo Integrativo Regionale.

Gli aspiranti, ai fini dell'inserimento nella suddetta graduatoria, dovranno presentare domanda redatta secondo il modello che si allega al presente avviso, entro e non oltre il **giorno 22.08.2014**.

Saranno considerate valide solo le domande consegnate al protocollo dell'Area Vasta n. 5, quelle inviate a mezzo raccomandata AR (farà fede il timbro postale) o tramite posta certificata, al seguente indirizzo:

ASUR AREA VASTA N. 5
Coordinamento Unico Amministrativo Territoriale
Via degli Iris
63100 Ascoli Piceno

PEC: areavasta5.asur@emarche.it

Requisito fondamentale per l'iscrizione in graduatoria è il possesso dell'attestato di idoneità per l'emergenza sanitaria territoriale (art. 96 ACN/2009).

Ai sensi della normativa vigente, i titoli dovranno essere autocertificati. Non saranno prese in considerazione le autocertificazioni non contenenti tutti gli elementi necessari per procedere ad una esatta valutazione e non firmate.

I candidati dovranno allegare alla domanda la **copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità** pena l'annullamento della stessa.

Le domande redatte in maniera incompleta, non firmate o mancanti dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione.

La graduatoria derivante dalla presente procedura oltre che sull'albo pretorio aziendale, verrà pubblicata sul sito internet www.asurzoneavasta5.marche.it.

Le domande pervenute verranno graduate, in analogia di quanto previsto per la redazione della graduatoria di disponibilità per le sostituzioni di Continuità Assistenziale, secondo i criteri stabiliti dalla Norma Finale 9 del vigente Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM n. 751 del 02/07/2007, integrato con la successiva DGRM n. 268 del 09/02/2010.

(Criteri per la redazione della graduatoria):

1	Medici iscritti nella graduatoria regionale di settore (art. 15 ACN/2009) in possesso dell'attestato di idoneità per l'emergenza sanitaria territoriale (art. 96 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 2. c. 2)	A) priorità per i residenti nell'Area Vasta 5 che dovrà conferire l'incarico	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN MMG/2009)
		B) residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN MMG/2009)
		C) residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN MMG/2009)
2	Medici in possesso dell'attestato di idoneità per l'emergenza sanitaria territoriali (art. 96 ACN/2009) non iscritti nella graduatoria regionale di settore (art. 15 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 2. c. 2)	A) priorità per i residenti nell'Area Vasta 5 che dovrà conferire l'incarico	Graduati secondo: 1) minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2) Voto di laurea. 3) Anzianità di laurea
		B) residenti nella Regione Marche	Graduati secondo: 1) minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2) Voto di laurea. 3) Anzianità di laurea.
		C) residenti fuori Regione	Graduati secondo: 1) minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2) Voto di laurea. 3) Anzianità di laurea

N.B. : per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.

La graduatoria redatta a seguito della procedura selettiva oggetto del presente bando e ogni altra comunicazione verrà pubblicata, a valere come notifica per gli interessati, sui siti Web dell'Area Vasta n. 5 (<http://asurzona12.marche.it> e <http://asurzona13.marche.it>).

L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato al medico avente diritto. L'eventuale rinuncia all'incarico dovrà essere comunicata per iscritto con un preavviso di 30 giorni.

I medici incaricati, dei quali sia accertata una posizione d'incompatibilità ai sensi dell'art.17 dell'A.C.N vigente, decadranno direttamente dall'incarico e verranno cancellati dalla graduatoria.

Per eventuali informazioni e chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al seguente numero tel.: 0736-358056

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare in tutto o in parte il presente avviso, a suo insindacabile giudizio.

Ascoli Piceno, li 07.08.2014

Il Direttore di Area Vasta n. 5
f.to (dot. Giovanni Stroppa)

Il presente bando è stato pubblicato all'Albo Ufficiale dell'Area Vasta n. 5 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto in data 07.08.2014, nonché sul sito www.asurzonasistat3.marche.it, sezione Ascoli Piceno (<http://asurzonasistat3.marche.it>) oppure San Benedetto del Tronto (<http://asurzonasistat3.marche.it>) portale www.asurzonasistat3.marche.it. La scadenza per la presentazione della domanda è fissata al 22.08.2014.

DOMANDA PER INCLUSIONE IN GRADUATORIA DA UTILIZZARE NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AREA VASTA N. 5

All'ASUR MARCHE Area Vasta n. 5
Direzione Amministrativa Territoriale
Settore Medici Convenzionati
Via Degli Iris, 1
63100 ASCOLI PICENO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. (____)
il ____ / ____ / ____ e residente a _____ Prov. (____)
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Cod. Fiscale _____ Rec. Telefonici _____ / _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, presso l'Area Vasta 5 ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto: (barrare casella di interesse)

- medici iscritti nella graduatoria Regione Marche di settore (art. 15 ACN mmg 2009) in possesso dell'attestato di idoneità allo svolgimento di attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (art. 96 - ACN mmg 2009) - (non iscritti a scuole di specializzazione/formazione specifica/formazione in M.G.).
- medici in possesso dell'attestato di idoneità allo svolgimento di attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (art. 96 - ACN mmg 2009) non iscritti nella graduatoria di settore della Regione Marche (art. 15 ACN mmg 2009) - (non iscritti a scuole di specializzazione/formazione specifica/formazione in M.G.).

Dichiara altresì:

- di essere / non essere cittadino italiano

se non italiano indicare Stato di provenienza: _____

permesso di soggiorno rilasciato il _____ con scadenza _____

- di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 co 1, lett. a) b) c) d) e) e co. 2 lett. a) b) c) d) f) del vigente ACN mmg

si allega Modello A

data ____ / ____ / ____

firma per esteso _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'ex D. Lgs 196/03 e successive modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data ____ / ____ / ____

firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art.46 DPR n.445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, prov. (____), il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art.46 – DPR 445 del 28/12/2000)

dichiara di essere in possesso di:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia

conseguito presso l'Università _____

in data ____/____/____ con voto ____/110

Abilitazione all'esercizio professionale:

conseguito presso l'Università _____

in data ____/____/____

Iscrizione all'Ordine dei Medici:

di _____ dal ____/____/____

Attestato di idoneità per l'emergenza sanitaria territoriale (art. 96 ACN/2009):

conseguito il ____/____/____ presso _____

iscrizione nella graduatoria di settore definitiva della Regione Marche dei Medici di Medicina Generale, tuttora vigente, con punti _____.

data ____/____/____

firma per esteso _____