

Pubblicazione dell'elenco degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, alla data del 01.09.2014, sulla base delle comunicazioni trasmesse dalle Aree Vaste della Regione Marche.

AREA VASTA N.1 – SEDE DI FANO Rilevazione alla data del 01/09/2014

Sede: Via Ceccarini, 38 – 61032 FANO

n. 2 incarichi a 38 ore sett.li (*postazione non indicata*)

AREA VASTA N.1 – SEDE DI URBINO Rilevazione alla data del 01/09/2014

Sede: Via Puccinotti, 33 – 61029 URBINO

n. 2 incarichi a 38 ore sett.li *Potes di Urbino*

n. 1 incarico a 38 ore sett.li *Potes di Cagli*

n. 1 incarico a 38 ore sett.li *Potes di Urbania*

AREA VASTA N. 2 – SEDE DI ANCONA Rilevazione alla data del 01/09/2014

Sede: Via C. Colombo, 106 – 60110 ANCONA

n. 2 incarichi a 38 ore sett.li (*postazione non indicata*)

Procedure per il conferimento degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati all'01.09.2014 sulla base delle comunicazioni inviate dalle Aree Vaste della Regione Marche.

1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. – Area Vasta n. 2 (ex Zona Territoriale n. 7 Ancona) – U.O. C. G.G.R. – Via C.Colombo, 106 – ANCONA, entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

2) **In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità (vedere allegato) e copia di un documento d'identità in corso di validità.**

3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2014, pubblicate sul B.U.R. Marche n. 100 del 19/12/2013.

4) L'Area Vasta n. 2 (ex Zona Territoriale n. 7), al fine dell'attribuzione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, graduerà i medici secondo il punteggio riportato nelle graduatorie regionali di settore vigenti (art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009)

5) La suddetta Area Vasta, per il conferimento degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale, osserverà la seguente procedura:

1. in via prioritaria verranno graduate tutte le domande di trasferimento;

2. verranno assegnati gli incarichi per trasferimento;

(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna ex Zona Territoriale e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento).

3. verranno graduate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie regionali di settore 2014 in possesso dei requisiti necessari per l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

(secondo le priorità previste dai punti b1), b2), b3), comma 5, art. 92 dell'A.C.N. del 29.07.2009)

4. verranno assegnati gli incarichi a tempo indeterminato secondo le modalità previste dai punti 8-16-17-18 e 19, art. 92, A.C.N. del 29.07.2009.

6) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 92, comma 17, dell' A.C.N. del 29.07.2009).

7) L'U.O. C.G.G.R., espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Aree Vaste interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

N.B. I medici che presenteranno domanda per accedere ai servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale dovranno allegare copia fotostatica, non autenticata dell'attestato di idoneità di formazione previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del d.p.r. 292/87 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare il possesso dell'attestato sopra indicato, ai sensi delle norme vigenti.

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR
AREA VASTA N. 2
EX ZONA TERRITORIALE N.7 DI ANCONA
U.O. C.G.G.R.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009) (per trasferimento)

...l... sottoscritto... dott.....nat..... a
(cognome) (nome)

Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente aprov.....via.....n°.....C.A.P.....
tel. N°.....e-mail..... a far data dal
..... Area Vasta di residenza n.....(ex Zona Territoriale n.....), di essere residente nel territorio della Regione
.....dal....., di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la
Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Area Vasta n.....(ex Zona Territoriale n°..... di.....) della
Regione dal e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale pari a
mesi n°.....;

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti incarichi:

- | | |
|--|--|
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |
| Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ | Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ |

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'A.C.N. del 29.07.2009 e l'anzianità complessiva di incarico in Emergenza Sanitaria Territoriale:
allegati n°..... (.....)documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio sotto indicato:Comune.....C.A.P.....Prov.....
c/o.....n°.....
Indirizzo.....

Data.....

Firma.....

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR
AREA VASTA N. 2
EX ZONA TERRITORIALE N.7 DI ANCONA
U.O. C. G.G.R.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)
(per graduatoria)**

...I... sottoscritto... dott..... nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente a prov..... via..... n°..... C.A.P.....
tel. N°..... e-mail..... a far data dal
..... Area Vasta di residenza n..... (ex Zona Territoriale n.....) a far data dal....., di essere
residente nel territorio della Regione dal....., e di essere inserito nella
graduatoria regionale di settore della Regione Marche - anno 2014 - laureato dal....., con voto.....;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione..... n°..... del..... e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Zona Territoriale n°... di..... della Regione..... a far data dal.....;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio sotto indicato:
c/o..... Comune..... C.A.P..... Prov.....
Indirizzo..... n°.....
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....
(firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov..... Via/Piazza.....n°...
Iscritto all'Albo dei della Provincia di..... consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ 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 essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branca.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione² :
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹ ;
8. essere/non essere¹ in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall’art. 66 del D.P.R. 484/96, dall’art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall’art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ 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 Decreto Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²:
 Organismo.....ore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ 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.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:
Azienda.....ore sett.li.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ 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.....;
14. avere/non avere¹ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:²
.....
.....
Periodo: dal.....;
15. essere/non essere¹ titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
.....
.....
16. fruire/non fruire¹ 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.....;
17. svolgere/non svolgere¹ 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.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1,2}

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....;

19. operare/non operare¹ 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 ai rapporti 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.....;

20. essere/non essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

.....
.....

Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire¹ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:²

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....;

NOTE

.....
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

....I.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede.

Data.....

Firma per esteso.....

(Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente)

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".