

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO, PER LA DURATA DI 12 MESI, EVENTUALMENTE RINNOVABILI, PER L'ESPLETAMENTO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI MONTACUTO E LA CASA CIRCONDARIALE DI BARCAGLIONE (ANCONA)

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta 2 - procederà al conferimento di incarichi a tempo determinato, per la durata di 12 mesi, eventualmente rinnovabili ai sensi dell'art. 37 dell' AIR, per l'espletamento di Attività Territoriali Programmate presso la Casa Circondariale di Montacuto e la Casa Circondariale di Barcaglione (Ancona).

Si rende noto altresì che la graduatoria derivante dal presente avviso potrà essere utilizzata per eventuali futuri incarichi di attività territoriale programmata che si rendessero vacanti presso questa Area Vasta 2.

I medici interessati saranno graduati secondo i seguenti criteri:

- a) Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale con 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
- c) Medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- d) Medici inseriti nella Graduatoria Regione Marche per l'assistenza primaria.

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati secondo i seguenti criteri:

1	- MEDICI GRADUATI AI SENSI DELLA NORMA TRANSITORIA 4 DELL'A.C.N. 2009	Ai medici che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in M.G. nella Regione interessata, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale è consentita l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale .	Graduati secondo: 1)Minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2)Voto di laurea. 3)Anzianità di laurea.
---	---	---	--

2	<p>- MEDICI ISCRITTI NELLA GRADUATORIA DI SETTORE (MEDICINA DEI SERVIZI) DELLA REGIONE MARCHE (art. 15 c. 12 A.C.N. 2009)</p> <p>- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G. (norma fin. 9 c. 2 nuovo A.I.R.)</p>	A) RESIDENTI NELLA AREA VASTA CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
		B)RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
		C) RESIDENTI FUORI REGIONE	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
3	<p>-MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI ABILITAZIONE ALLA DATA DEL 31/12/1994 (norma fin. 5 A.C.N. /2005).</p> <p>- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G.(norma fin.9 c.4 nuovo A.I.R.)</p>	A)RESIDENTI NELLA AREA VASTA CHE DOVRA' 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.
4	<p>-MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI ABILITAZIONE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DEL 31/12/1994 (norma fin. 5 A.C.N. /2005).</p> <p>- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G.(norma fin.9 c.4 nuovo A.I.R.)</p>	A)RESIDENTI NELLA AREA VASTA CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO.	Graduati secondo i criteri previsti dall'art.16 dell'A.C.N./2009 per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento.
		B)RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE.	Graduati secondo i criteri previsti dall'art.16 dell'A.C.N./2009 per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento
5	<p>- MEDICI RESIDENTI FUORI REGIONE</p> <p>- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G. (norma fin. 9 c.4)</p>	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti delle Regioni limitrofe.	

I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere maturati alla data del 31/12/2016.

La presente graduatoria sarà valedole dalla data dell'atto di approvazione della stessa e sarà valida fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

E' FATTO D'OBBLIGO UTILIZZARE L'ALLEGATO MODULO DI DOMANDA CORREDATO DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.



Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Si specifica inoltre che:

1) ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero;

2) relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48;

3) i titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dall' art.16 A.C.N. MMG così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

Non saranno inoltre valutate le informazioni che non siano state fornite a questa amministrazione in forma dettagliata e/o leggibile e non adeguatamente autocertificate.

A parità di punteggio complessivo, prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di Laurea e anzianità di Laurea.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta secondo il modello che si allega al presente avviso, entro e non oltre il 15° giorno successivo alla pubblicazione della Determina di approvazione del presente avviso sull'albo pretorio dell'AV2, pena l'esclusione dagli incarichi medesimi, per posta raccomandata (per quelle inviate tramite posta farà fede il timbro postale di spedizione), al seguente indirizzo:

**A.S.U.R. – AREA VASTA 2 –
UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
VIA TURATI, 51 - 60044 FABRIANO (AN)**

- tramite PEC al seguente indirizzo:
 - areavasta2.asur@emarche.it

Si precisa che gli incarichi suddetti sono disciplinati dall'art. 37 dell' AIR , che al comma 7 prevede, inoltre, che al medico incaricato spetta un compenso orario pari a quello stabilito per l'esercizio dell'attività di Continuità Assistenziale.

Questa Amministrazione si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di annullare, sospendere o revocare il presente Avviso pubblico, nonché di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività.

I medici convocati tramite e-mail presso la sede dell'Area Vasta 2, per il conferimento dell'incarico, dovranno necessariamente, pena la decadenza dal diritto all'assegnazione dello stesso, essere presenti. Non è data facoltà di delega. Qualora i medici non si presentino o



rifiutino l'incarico proposto, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria. Successivamente all'individuazione degli aventi titolo, la Direzione Sanità Penitenziaria si riserva di effettuare un colloquio individuale.

Anche gli interpellati, successivi alla convocazione di cui al punto sopra, al fine dell'accettazione dell'incarico, saranno effettuati tramite e-mail. A tal fine il medico è tenuto a dichiarare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica.

I medici potranno acquisire al massimo il numero di ore previste dall'A.C.N. MMG del 29.07.2009, e comunque di norma non potranno essere superate le 38 ore settimanali, ottenute sommando i servizi ovunque prestati, in assenza di altre attività compatibili ai sensi dell'A.C.N. MMG del 29.07.2009.

La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

IL DIRETTORE DI AREA VASTA
Ing. Maurizio Bevilacqua

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI MONTACUTO E LA CASA CIRCONDARIALE DI BARCAGLIONE (ANCONA)

AL DIRETTORE DI AREA VASTA 2
VIA TURATI, 51
60044 FABRIANO (AN)

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori per lo svolgimento di Attività Territoriali Programmate presso la l'Area Vasta 2 - 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 (indicare con una crocetta):

Il sottoscritto /a specifica l'eventuale titolarità delle seguenti convenzioni a tempo indeterminato:

- convenzione per l'assistenza primaria c/o _____
n. assistiti _____ alla data del 31/12/2016;
- convenzione per la continuità assistenziale c/o _____
a n. ore sett. _____ dal _____;
- convenzione nella medicina dei servizi c/o _____
a n. ore sett. _____ dal _____;
- Medici inseriti nella Graduatoria Regione Marche della Medicina generale per l'Assistenza Primaria valevole per l'anno 2017 con punti _____;

Il sottoscritto/a dichiara di non appartenere ad alcuno dei punti sopra indicati, e sotto la propria personale responsabilità dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

- 1) Medici graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN MMG 2009;
- 2) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche del settore Medicina dei servizi - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G;
- 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G;

- ❑ 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.
- ❑ 5) Medici residenti fuori Regione – non iscritti a scuole di specializzazione/corso formazione specifica in M.G. (norma fin 9 c.4)

Dichiara altresì:

– di essere nato/a a _____ in data _____;

di risiedere a _____ (____) Regione _____ in via _____ n. ____

telefono _____ e mail _____

– di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____

in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;

– di essersi abilitato alla professione in data _____;

– di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____

al n° _____;

– di essere inserito nella Graduatoria Regione Marche della Medicina dei Servizi valevole per l'anno 2017 con punti _____;

– di essere/non essere in possesso dell'attestato in formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs.

256/91 conseguito in data _____ presso _____;

– di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 o

a corso di specializzazione di cui al D.Lgs.257/91:

(se sì, indicare tipo di corso e anno di iscriz.) _____;

CODICE
FISCALE _____

Dichiara altresì il possesso dei seguenti titoli di studio e di servizio:

a)Attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo:

(inserire la data di inizio e di fine attività) _____ Regione _____

b)Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

c)Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività. (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

c1)Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività .

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

c2) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

c3) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

d) Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

e) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT
_____ dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

f) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ Regione

g) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ Regione

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ Regione

h) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

i) Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, per ogni mese di attività:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

m) Servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivi di attività:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

n) Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT



– per _____ comunicazioni _____ inviare _____ a
_____ via _____

cap _____ Comune _____ prov. _____ n. tel. _____ e cellulare

EMAIL
(obbligatoria) _____

Luogo e data _____

In fede

Firma per esteso

Si allega copia documento d'identità.

Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma per esteso _____