



AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE
U.O.C. COORDINAMENTO MEDICINA DI BASE
SOVRADISTRETTUALE
Sede: Via del Molinello, 1 - 86039 Termoli CB)

Data di Pubblicazione 17/02/2017

AVVISO

In esecuzione del provvedimento del Direttore Generale n. 149 del 14/02/2017 e in base al disposto dell'art. 97, della norma finale n. 5 e della norma transitoria n. 7 dell'A.C.N. per la medicina generale ratificato il 29.07.2009 e ss.mm.ii. viene indetto il presente avviso per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato/sostituzioni nel Servizio di Emergenza Territoriale 118.

Gli incarichi a tempo determinato/sostituzioni nel S.E.T. 118e potranno avere la durata massima di mesi dodici come stabilito dall'art. 97 comma 4 del vigente A.C.N..

Per quanto riguarda i medici istanti che non siano iscritti nella graduatoria regionale, agli stessi andrà applicato, a seconda delle situazioni, il disposto della norma finale n. 5 e della norma transitoria n. 7 per cui essi potranno avere un incarico solo nel caso di mancanza di medici partecipanti al presente avviso iscritti nella graduatoria regionale

La graduatoria di riferimento sarà la graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2015. Qualora nelle more della predisposizione della graduatoria oggetto del presente avviso entrasse in vigore la graduatoria regionale definitiva per l'anno 2016 si prenderà in considerazione quest'ultima.

Si fa presente che, secondo il disposto dell'art. 93 comma 1, trattandosi di un incarico per n. 38 ore settimanali, ciò comporta l'esclusività del rapporto

Possono partecipare all'avviso le seguenti categorie di medici le cui domande saranno graduate secondo l'ordine seguente:

- 1) Medici iscritti nella vigente graduatoria regionale unica per la medicina generale valida per l'anno 2015 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza territoriale con priorità per i medici residenti all'interno dell'azienda;
- 2) Medici non presenti nella vigente graduatoria regionale di cui sopra, ma in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza territoriale conseguito successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione nella graduatoria regionale (norma transitoria n. 7 dell'A.C.N. vigente) con precedenza per i medici residenti nella Regione Molise, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- 3) Medici non presenti nella vigente graduatoria regionale che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994 ma in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza territoriale, con priorità per i medici residenti all'interno dell'azienda graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea con priorità per i medici che

ASREM Sede di Termoli



AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE
U.O.C. COORDINAMENTO MEDICINA DI BASE
SOVRADISTRETTUALE

Sede: Via del Molinello, 1 - 86039 Termoli CB)

non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma finale n. 5 dell'A.C.N. vigente);

Il compenso da erogare ai medici incaricati per il servizio di cui al presente avviso, è quello previsto dal vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli Accordi Regionali vigenti in materia.

Gli incarichi disponibili saranno proposti ai candidati collocati in graduatoria secondo l'ordine della medesima.

Gli incarichi saranno assegnati previa convocazione a mezzo telegramma o fax o telefonicamente.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito www.asrem.org

L'Azienda si riserva, per ulteriori eventuali impreviste e/o urgenti necessità di sostituzioni, di contattare i candidati, sempre secondo l'ordine di graduatoria, a mezzo telegramma, posta elettronica o telefono al recapito indicato dal candidato stesso in sede di domanda.

Il candidato è tenuto a compilare integralmente la domanda di partecipazione **in bollo**. La mancata dichiarazione dei requisiti essenziali all'accesso comporterà l'esclusione del candidato dalla graduatoria.

La **domanda di partecipazione in bollo**, redatta sul modulo predisposto dall'Azienda e allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte, dovrà essere inviata entro quindici giorni dalla pubblicazione del presente avviso sull'albo dell'Azienda mediante raccomandata al seguente indirizzo.

A.S.Re.M. - U.O.C. Coordinamento Medicina di Base Sovradistrettuale - Via del Molinello 1 - 86039 Termoli (CB)

Fa fede il timbro postale

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di valido documento di identità valido. La mancanza del documento comporta l'esclusione dalla graduatoria.

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso le strutture organizzative di amministrazione del personale dell'Azienda per le finalità di gestione del procedimento e saranno trattati presso una banca dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena il mancato inserimento nella graduatoria.

I contenuti del presente avviso si adegueranno automaticamente alle diverse norme di legge che dovessero essere emanate nella fase procedimentale purché i contenuti stessi non risultino incompatibili con le nuove disposizioni.

ASREM Sede di Termoli



AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE
U.O.C. COORDINAMENTO MEDICINA DI BASE
SOVRADISTRETTUALE
Sede: Via del Molinello, 1 - 86039 Termoli CB)

Per quanto non particolarmente contemplato nel presente avviso, si fa riferimento agli AA.CC.NN. nazionali e regionali, nonché al vigente quadro legislativo. L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, ove ricorrano validi motivi, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa. Per qualsiasi ulteriore informazione contattare il n. telefonico 0875717707 (Dott.ssa Di Taranto) o 0874 409465 (Sig.Intrevado) o 0875717623 (Sig.ra Barone)

Il Direttore U.O.C. Coordinamento
Medicina di Base Sovradistrettuale
(Dott.ssa Gianfranca MARCHESANI)

Bollo

AL DIRETTORE DELL'U.O.C. COORDINAMENTO
MEDICINA DI BASE SOVRADISTRETTUALE
Via del Molinello 1
86039 TERMOLI (CB)

Il/La sottoscritto/a _____, nato a

_____ il _____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Indirizzo PEC _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per le sostituzioni/incarichi a tempo determinato nel Servizio di Emergenza Territoriale in base all'avviso pubblicato sul sito dell'Azienda in data _____

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____
2. di essersi laureato/a presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ con voto _____
3. di aver conseguito il diploma di laurea all'età di anni _____ mesi _____
giorni _____
4. di aver conseguito l'abilitazione in data _____
5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
dal _____ con n. _____

6. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza territoriale
7. di essere/non essere iscritto alla graduatoria regionale definitiva per la medicina generale valida per l'anno 2015 con punti _____ posizione numero _____
8. di essere/non essere iscritto al corso di formazione in medicina generale o a scuola di specializzazione dal _____
9. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
10. di essere consapevole che, in base al disposto dell'art. 93 comma 1 , trattandosi di un incarico per n. 38 ore settimanali, ciò comporta l'esclusività del rapporto
11. _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia documento di identità in corso di validità