

PUBBLICATO IL 24.05.2017

AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA AI VILLEGGIANTI IN SAN MASSIMO – LOCALITA’ CAMPITELLO MATESE – ESTATE 2017.

Si indice il presente avviso pubblico al fine di assicurare il reperimento dei medici necessari per la copertura del servizio di assistenza ai villeggianti, in S. Massimo, Località Campitello Matese, - Estate 2017, nel caso in cui la disponibilità dei medici titolari di Continuità Assistenziale di cui all’art. 8 del vigente Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale, non fosse sufficiente ad assicurare l’attivazione del servizio.

Ai medici è attribuito il trattamento economico previsto dalla normativa relativa al Servizio di Continuità Assistenziale di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e di cui al vigente Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale.

REQUISITI GENERALI

In attuazione dell’art. 8 del vigente Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale ed in considerazione che la disponibilità dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale, potrebbe non essere sufficiente per il copertura del servizio, gli ulteriori medici aventi diritto saranno individuati attraverso il seguente ordine di priorità:

- 1) medici titolari di incarico per la Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l’ASReM, graduati secondo i seguenti criteri: anzianità di servizio e, in caso di parità di anzianità, per minore età. Gli incarichi eventuali, dovranno essere compatibili con i turni e le reperibilità del Servizio di Continuità Assistenziale previa dichiarazione del medico titolare;
- 2) medici presenti nella vigente graduatoria regionale 2015 secondo l’ordine decrescente del punteggio attribuito ai candidati nella graduatoria stessa;
- 3) medici non presenti nella graduatoria regionale di medicina generale ma in possesso dell’attestato di formazione specifica in medicina generale graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- 4) medici non presenti nella vigente graduatoria regionale graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- 5) medici non presenti nella vigente graduatoria regionale, iscritti a corsi di specializzazione. corsi di formazione specifica in medicina generale e medicina d’urgenza graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.

I medici residenti nel territorio dell’ASReM, godranno del diritto di precedenza sui medici non residenti.

Gli incarichi disponibili saranno proposti ai candidati collocati nella graduatoria secondo l’ordine medesimo.

Qualora l’avente diritto accetti l’incarico, lo stesso non potrà essere titolare di altri incarichi, di qualsiasi natura, con questa Azienda, eccezion fatta per i medici che siano titolari di continuità

assistenziale, nei limiti previsti dagli artt. 39 e 65 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte **in bollo**, devono essere inviate a mezzo raccomandata A/R o a mano presso il Protocollo Aziendale, entro il quindicesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito dell'A.S.Re.M (www.asrem.org) ed indirizzate al Direttore dell'U.O.C. Coordinamento Medicina di Base Sovradistrettuale – Via del Molinello n.1 – 86039 Termoli.

Fa fede il timbro postale

Qualora la data di scadenza cada in un giorno festivo, il termine è prorogato al 1° giorno non festivo successivo

Nella domanda di ammissione all'avviso gli aspiranti devono dichiarare sotto la propria responsabilità quanto segue:

- a) cognome e nome;
- b) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- c) punteggio e posto occupato nella graduatoria unica regionale 2015;
- d) data di laurea, voto di laurea;
- e) data di iscrizione all'Ordina dei Medici
- f) la dichiarazione espressa dell'assenza di situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'A.C.N. vigente;
- g) il recapito presso il quale ad ogni effetto deve essere fatta qualsiasi comunicazione, con l'indicazione del recapito telefonico;
- h) codice fiscale e codice ENPAM;
- i) codice IBAN;
- j) copia del documento di riconoscimento;
- k) firma in calce alla domanda.

L'omessa indicazione anche di uno solo dei requisiti o della dichiarazione richiesta per l'ammissione, comporta l'esclusione dall'avviso.

Non è ammessa la produzione di documenti dopo il termine fissato per la presentazione della domanda.

L'eventuale riserva di invio successivo è priva di effetto.

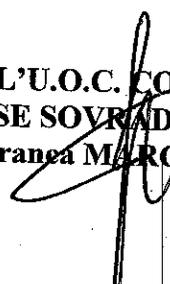
Non è ammesso fare riferimento a documenti presentati in precedenza.

Decade, altresì, dall'incarico chi abbia conseguito la nomina mediante la presentazione di dichiarazioni false o viziate da invalidità insanabili.

Il Direttore Generale dell'ASREM si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso.

Per ulteriori chiarimenti gli aspiranti potranno rivolgersi al Distretto Sanitario di Base di Bojano, anche telefonicamente nelle ore di ufficio al seguente numero telefonico 0874/409079 (Dott. Castrilli) o all'U.O.C. Coordinamento Medicina di Base Sovradistrettuale al numero 0875 717707 (Dott.ssa Di Taranto).

**IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. COORDINAMENTO
MEDICINA DI BASE SOVRADISTRETTUALE
(Dott.ssa Gianfranca MARCHESE)**



MARCA

DA

BOLLO

€ 16,00

BASE

U.O.C. COORDINAMENTO MEDICINA DI

SOVRADISTRETTUALE

Via del Molinello n.1

86039

TERMOLI CB

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ i

_____ Codice Fiscale _____ Codice ENPAM _____

_____ Codice IBAN _____ residente

a _____

cap _____ Via _____ Recapito telefonico _____

e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per l'anno 2017 per il conferimento di incarico a tempo determinato nel servizio di assistenza ai villeggianti in San Massimo - Località Campitello Matese - estate 2017.

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 _____ Via _____ cap _____
2. di essersi laureato/a presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____

3. di essere/non essere titolare di continuità assistenziale a tempo indeterminato
4. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valida per l'anno 2015 con punti _____ posizione n. _____
5. di aver conseguito l'abilitazione in data _____
6. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____ con n. _____
7. che al momento della laurea aveva la seguente età : anni ____ mesi ____ giorni _____
8. di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
9. di essere/non essere iscritto al corso di formazione in medicina generale o a scuola di specializzazione dal _____
10. di essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati interni;
11. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
12. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
13. _____

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 di un documento di identità in corso di validità

6. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valida per l'anno 2015 con punti _____ posizione n. _____
7. di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale;
8. di essere/non essere iscritto al corso di formazione in medicina generale o a scuola di specializzazione dal _____
9. di essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati interni;
10. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
11. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale

12. _____

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 di un documento di identità in corso di validità