

PUBBLICATO IL

**AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO SERVIZIO  
ASSISTENZA AI VILLEGGIANTI – LITORALE MOLISANO  
ESTATE 2017**

Si indice il presente avviso pubblico al fine di assicurare, previa autorizzazione regionale, il reperimento dei medici necessari per la copertura del servizio di assistenza ai villeggianti sul litorale molisano – estate 2017 – nel caso in cui la disponibilità dei medici titolari nel servizio di continuità assistenziale non sia 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 dal 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 del fatto che la disponibilità dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale, potrebbe non essere sufficiente per la 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 al momento della laurea. La compatibilità di un eventuale incarico nel servizio di che trattasi con i turni e le reperibilità di Continuità Assistenziale dovrà essere attestata da apposita 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 2015 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 2015 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 2015, iscritti a corsi di specializzazione, corsi di formazione specifica in medicina generale e graduati

secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.

Tali criteri saranno applicati prioritariamente ai medici residenti nel territorio della Regione Molise e, in subordine, ai sanitari non residenti.

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

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, sede di Termoli, 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) eventuale punteggio e posto occupato nella graduatoria unica regionale 2015;
- d) data di laurea, voto di laurea;
- e) data di iscrizione all'Ordine dei Medici;
- f) la dichiarazione espressa della 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) firma in calce alla domanda.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di ammissione all'avviso, deve essere allegata, **a pena di esclusione**, la dichiarazione sostitutiva attestante che non si sia titolari di rapporto di lavoro dipendente anche a titolo precario e che non ci si trovi in nessuna delle posizioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente alla data di presentazione della domande.

All'istanza dovrà essere allegata copia di un documento di riconoscimento valido.

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.

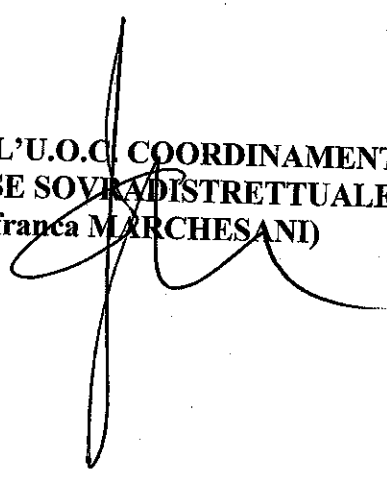
L'eventuale riserva di invio successivo è priva di effetto.

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 all'U.O.C. Coordinamento Medicina di Base Sovradistrettuale – Via del Molinello n. 1 – 86039 Termoli, anche telefonicamente nelle ore di ufficio al seguente numero telefonico 0875/717707 - 717722.

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



MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 16,00

U.O.C. COORDINAMENTO MEDICINA DI BASE  
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 sul litorale molisano – 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 essersi laureato/a presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
2. che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
3. di aver conseguito l'abilitazione in data \_\_\_\_\_
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_
5. Di essere/non essere titolare di continuità assistenziale a tempo indeterminato

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