Azienda Sanitaria Regionale Molise

ASREM

Prot. n. 4631 **del** 16-1-2020

AVVISO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI MEDICI DISPONIBILI AD EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE NELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

VISTO l'art.2 del A.C.N. della Medicina Generale del 29/03/2018
VISTO l'art. 70 del vigente A.C.N. della medicina generale del 29/7/2009;
VISTO il verbale del Comitato Permanente Regionale del 27/95/2014
VISTE le linee di indirizzo trasmesse dalla Regione Molise n.34073 del 09/04/2019 – Commissione Salute seduta 20/3/2019
DATO ATTO che sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. 54 del 31/12/2019 è stata pubblicata la graduatoria definitiva dei medici di medicina generale valevole per l'anno 2020.
Questa Azienda intende indire avviso per la formulazione di graduatorie di disponibilità aziendale, valida per l'anno 2020, da utilizzare per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori presso le postazioni aziendali.
Possono presentare istanza per la partecipazione al presente avviso, secondo il seguente ordine di priorità:
1) i medici iscritti nella vigente graduatoria regionale definitiva della medicina generale, con priorità, a parità di punteggio, per i medici residenti nella Regione Molise;
2) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale;
3) i medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale;
4) i medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
5) i medici iscritti ai corsi di specializzazione.
I medici da 2) a 5) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.
Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta secondo lo schema esemplificativo allegato, corredata della dichiarazione sostitutiva di certificazione, unita a copia di un documento di identità in corso di validità, solo ed esclusivamente tramite posta certificata all'indirizzo asrem@pec.it – S.C. Integrazione Ospedale Territorio *specificando* nella dicitura "**domanda avviso per graduatoria aziendale Continuità Assistenziale 2020**"
Nella dichiarazione di disponibilità gli interessati dovranno indicare l'indirizzo di posta elettronica e numero telefonico leggibili, in quanto, verranno utilizzati gli indirizzi e-mail/comunicazione telefonica per rendere i tempi di contatto più rapidi
La domanda dovrà pervenire, in bollo entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale. Eventuali domande pervenute oltre il predetto termine saranno prese in considerazione solo nel caso di indisponibilità dei medici che hanno fatto domanda nei termini.
La graduatoria sarà pubblicata sul sito aziendale www.asrem.gov.it
Gli eventuali incarichi saranno conferiti dai Direttori di Distretto secondo l'ordine di graduatoria secondo le disposizioni richiamate nel presente avviso
Non possono essere conferiti allo stesso professionista contemporaneamente incarichi su più distretti.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Giuseppina SCAFARTO

asrem@pec.it

S.C. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO e S.S.

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE E PROVVISORI NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE,

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ -
codice fiscale: _____ - nat_ a _____ prov. ____ il ___/___/_____, residente a _____ prov. ____ in _____ - telefono: _____ cellulare: _____ e-mail: _____Pec:_____
iscritto nella Graduatoria Regionale drei Medici di medicina generale valida per l'anno 2020, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. 54 del 31/12/2019

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità in qualità di Medico di Continuità Assistenziale per il conferimento di incarichi di sostituzione o provvisori nelle postazioni dei Distretti della ASReM.

Allega alla presente:
1. copia documento di identità;
2. autocertificazione

_____
(data)

_____
(firma)

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____ prov. _____ il ___/___/_____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ - voto di laurea: _____;
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data ___/___/_____;
3. di essere iscritt_ all' Ordine dei medici di _____ dal ___/___/_____ al n. _____;
4. di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente conseguito in data ___/___/_____;
5. di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale presso _____ _____ (specificare anno di frequenza);
6. di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____ presso _____;
7. di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede): _____ _____ _____

_____
(data)

_____
(firma)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione.

_____
(data)

_____
(firma)

La ASReM si riserva di verificare la veridicità di quanto su dichiarato.