

Data di Pubblicazione

AVVISO

Per la formulazione di graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o per l'affidamento di sostituzioni di continuità assistenziale per il periodo: 1° giugno 2022 – 31 gennaio 2023

In esecuzione del provvedimento del Direttore Generale n. ____ del _____ e in base al disposto dell'art. 2 dell'A.C.N. del 21.06.2018, così come modificato dall'art. 1 dell'A.C.N. 18 giugno 2020, viene indetto il presente avviso per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o per l'affidamento di sostituzioni nel servizio di continuità assistenziale, presso le postazioni della A.S.Re.M. per il periodo: 1° giugno 2022 - 31 gennaio 2023.

Si precisa che, in base alla posizione nella graduatoria formulata attraverso il presente avviso e secondo le esigenze organizzative dell'Azienda, gli incarichi provvisori a tempo determinato potranno avere durata massima di mesi 12 dalla data di pubblicazione ed utilizzo della presente graduatoria in base a quanto formalizzato nella seduta del Comitato Permanente Regionale del 19 febbraio 2020, mentre, per quanto concerne l'affidamento di sostituzioni, potrà avvenire per un periodo massimo, nel corso dell'anno solare, di mesi tre, anche non continuativi, ai sensi dell'art. 19 comma 11 della legge n. 448/2001;

La graduatoria formulata in base al presente avviso sarà utilizzata per il periodo che va dal 1° giugno 2022 al 31 gennaio 2023 o comunque fino alla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2023;

Possono partecipare al presente avviso per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato:

- a) Medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2022 secondo l'ordine di punteggio;
- b) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Molise fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni. Il conferimento di incarico avverrà prioritariamente per i medici residenti all'interno dell'azienda;
- d) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994 con priorità per i medici residenti all'interno dell'azienda;
- e) Medici iscritti ai corsi di specializzazione con priorità per i medici residenti all'interno dell'azienda

All'interno delle categorie di cui sopra, dalla lettera b) alla lettera e) le domande saranno graduate secondo i seguenti criteri:

- 1) minore età al conseguimento della laurea;
- 2) voto di laurea;
- 3) anzianità di laurea .

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.

Qualora l'avente diritto accetti l'incarico, lo stesso non potrà essere titolare di altri incarichi, di qualsiasi natura, ivi compresi incarichi relativi alla Guardia Medica Turistica, con questa Azienda, eccezion fatta per i medici che siano titolari anche di assistenza primaria, nei limiti previsti dagli artt. 39 e 65 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente.

La convocazione e i conferimenti formali di incarico agli aventi diritto così come la gestione della graduatoria sarà di competenza dei Direttori di Distretto competente territorialmente.

La convocazione dei medici interessati potrà avvenire tramite telegramma o fax o telefonicamente ovvero a mezzo PEC.

Si precisa che sia gli incarichi provvisori che l'affidamento di sostituzioni saranno conferiti secondo i criteri definiti dall'art.2 dell'A.C.N. del 21.06.2018 così come modificato dall'art. 1 dell'A.C.N. del 18 giugno 2020.

Il candidato è tenuto a compilare integralmente la domanda di partecipazione che va **in bollo** (€ 16,00). La mancata dichiarazione dei requisiti essenziali all'accesso comporterà l'esclusione del candidato dalla graduatoria o la mancata valutazione di quanto non espressamente dichiarato.

La **domanda di partecipazione in bollo**, redatta sul modulo predisposto dall'Azienda e allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte, dovrà essere trasmessa, entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale, **esclusivamente** mediante PEC in formato **PDF** al seguente indirizzo:

asrem@pec.it - S.C. Integrazione Ospedale Territorio e Sociosanitaria

specificando la dicitura "domanda avviso graduatoria aziendale continuità assistenziale 2021".

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

Nella dichiarazione di disponibilità gli interessati dovranno indicare l'indirizzo di posta elettronica e numero telefonico leggibili e chiari in quanto verranno utilizzati gli indirizzi e-mail/comunicazione telefonica/PEC per rendere i contatti più rapidi.

Le domande pervenute oltre il termine di scadenza saranno prese in considerazione solo in caso di indisponibilità dei medici che hanno fatto domanda entro i termini.

La convocazione degli aventi diritto nonché il conferimento di eventuali incarichi saranno predisposti da Direttore di Distretto secondo l'ordine di graduatoria .

Allo stesso professionista non possono essere conferiti contemporaneamente incarichi in più Distretti.

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 nonché a diversi criteri che saranno eventualmente stabiliti da un nuovo A.I.R. anche in una fase successiva alla pubblicazione della graduatoria .

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, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa.

Per qualsiasi ulteriore informazione contattare il n° telefonico: 0874 - 827953 (Dott.ssa Di Taranto).

Il Direttore f.f. S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e socio sanitaria
(Dott.ssa Giovanna Buono)
F.to

ALL. A

**Domanda di partecipazione alla assegnazione
incarico provvisorio a tempo determinato/ sostituzioni nella continuità assistenziale**
(per graduatoria 2022)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da

bollo da

€ 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e Socio Sanitaria

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

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ cap _____ Via _____ Recapito

telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

inserito nella graduatoria regione definitiva per la medicina generale valida per l'anno 2021 con
punti _____ al n. _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera a) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art. 1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. _____ del _____

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,

D I C H I A R A

- a) Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'attività di assistenza primaria;
- b) Di essere iscritto nella graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2022 con punti ____
- c) Di essere residente nella Regione Molise dal _____

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:

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALL. B

Domanda di partecipazione alla assegnazione
incarico provvisorio a tempo determinato/ sostituzioni nella continuità assistenziale
(medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale non presenti nella graduatoria regionale valida per l'anno 2022)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da
bollo da
€ 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente
_____ cap _____ Via _____ Recapito telefonico
_____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera b) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. _____ del _____

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

- a) Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____
- b) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni _____ mesi _____ giorni _____
- c) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

d) Di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione_____in data_____;

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

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Domanda di partecipazione alla assegnazione
incarico provvisorio a tempo determinato nella continuità assistenziale
(medici frequentanti il corso di formazione in medicina generale nella **Regione Molise**)

Marca da
bollo da
€ 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ Codice Fiscale
_____ residente _____
cap _____ Via _____ Recapito telefonico _____
e-mail _____
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
Indirizzo PEC _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera c) dell'A.C.N. del 21.06.2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. ____ del _____

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,

D I C H I A R A

- a) Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____
- b) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni _____ mesi _____ giorni _____

- c) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
- d) Di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno di corso di formazione specifica in medicina generale relativo presso la Regione Molise iniziato in data _____;
- e) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- e) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e e del Regolamento UE n. 2016/679

DICHIARA INOLTRE

- Di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nella **Regione Molise**
- La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:
- _____

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALL. D

**Domanda di partecipazione alla assegnazione
di incarico di sostituzione nella continuità assistenziale**

(medici frequentanti il corso di formazione in medicina generale in **altra Regione** rispetto alla Regione Molise)

Marca da
bollo da
€ 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale – Territorio e
e sociosanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato a
_____ il _____ Codice Fiscale _____ residente
a _____ cap _____ Via _____ Recapito
telefonico : _____ e-mail _____
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
Indirizzo PEC _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera c) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. _____ del _____

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. che al momento della laurea aveva la seguente età : anni _____ mesi _____ giorni
 4. di aver conseguito l'abilitazione in data _____
 5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
 6. di essere/ iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione _____ e in particolare alla seguente annualità _____;
 7. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
 8. di essere in possesso della seguente PEC: _____.
-

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 di un documento di identità in corso di validità

Domanda di partecipazione alla assegnazione
incarico di sostituzione a tempo determinato nella continuità assistenziale
(medici che abbiano acquisito l'abilitazione successivamente al 31.12.1994)

Marca da bollo da € 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ Codice Fiscale
_____ residente _____
_____ cap _____ Via _____ Recapito telefonico
_____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera d) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. _____ del _

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,

D I C H I A R A

a) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____ Via _____

- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto
- c) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni mesi giorni
- d) di aver conseguito l'abilitazione professionale in data
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal
- f) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- g) dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALLEGATO F

Domanda di partecipazione alla assegnazione
incarico di sostituzione a tempo determinato nella continuità assistenziale
(medici che siano iscritti ai corsi di specializzazione)

Marca da bollo da € 16,00

asrem@pec.it

S.C. Integrazione Ospedale Territorio
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ Codice Fiscale _____
_____ residente _____
_____ cap _____ Via _____ Recapito telefonico _____
_____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera e) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art. 1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. _____ del _____

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,

DICHIA RA

- a) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____ Via _____
b) di essere in possesso del diploma di laurea in _____ mesi _____ giorni

Medicina e Chirurgia conseguito presso

l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto

- c) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni _____

- d) di aver conseguito l'abilitazione professionale in data
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal
- f) di essere iscritto alla scuola di specializzazione in _____ presso
- l'Università degli Studi di _____ dal
- g) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- h) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità