

REGIONE LAZIO
ARES 118 AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ A
RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PRESSO LA
CENTRALE DI ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DI ROMA
MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE
AGGIORNAMENTO GRADUATORIA AZIENDALE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ANNO 2019

Ai sensi dell'art.70 dell'Art 70 dell'ACN MMG 2005 e s.m.i. dell'AIR Lazio MMG recepito con il D.G.R 229/2006, ed alla Determinazione della Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio G.L.n.16324 del 14 dicembre 2018 (pubblicata sul BURL del 27 dicembre 2018 n. 104 suppl.n°2), vista la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot.n°697028/2014 concernente le modalità di assegnazione degli incarichi di sostituzione provvisoria di Continuità Assistenziale - Graduatorie di disponibilità aziendale, questa Azienda intende procedere all'aggiornamento della Graduatoria Aziendale di disponibilità a ricoprire incarichi di sostituzione temporanea per i medici già iscritti nella Graduatoria Regionale di settore della Continuità Assistenziale, già pubblicata sul BUR Lazio nr. 104 suppl.n.2 del 27/12/2018.

Possono presentare domanda per essere inseriti coloro che NON hanno presentato la propria disponibilità entro i termini di scadenza dell'Avviso Pubblico già pubblicato sul sito aziendale www.ares118.it - Sezione Bandi di Concorso in data 8 gennaio 2019.

I medici interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo in allegato, indirizzata al Commissario Straordinario ARES 118 - Via Portuense, 240 - 00149 Roma, specificando i seguenti dati: cognome e nome - dati anagrafici - codice fiscale - indirizzo di residenza - domicilio-iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici, (numero e provincia di iscrizione) - iscrizione nella graduatoria di settore della Continuità Assistenziale pubblicata sul BUR Lazio nr. 104 suppl.n.2 del 27 dicembre 2018 (riportando il punteggio e il numero di posizione) - indirizzo di posta elettronica personale o PEC ove inviare le successive comunicazioni o notifiche relative al presente avviso.

Unitamente alla suddetta domanda dovrà essere allegata copia di un valido documento di riconoscimento e la autodichiarazione sostitutiva di certificazione e di notorietà ai sensi degli art. 46 e 47 - DPR 28 Dicembre 2000 n. 445, che dovrà essere debitamente compilata, utilizzando lo schema allegato, firmata e datata, per la verifica di eventuali situazioni d'incompatibilità che dovranno essere risolte in caso d'incarico.

L'omessa sottoscrizione in originale della domanda o della autodichiarazione di notorietà, o l'assenza del documento comportano l'impossibilità all'iscrizione nella Graduatoria Aziendale di disponibilità.

Le domande, con l'allegata documentazione, dovranno essere inviate con le seguenti modalità:

1. consegnate direttamente al Protocollo Generale dell'Azienda ARES118 in Via Portuense, 240, Roma 00149 nei giorni di apertura del servizio (dal lunedì al venerdì in orario 9.00 - 13.30 e martedì - giovedì in orario 14.30 - 17.00),
2. tramite PEC, all'indirizzo protocollo.generale@pec.ares118.it

3. inviate a mezzo posta, con raccomandata con avviso di ricevimento.

Sul plico, contenente la domanda e la documentazione, deve essere indicato il cognome, il nome del candidato, ed il seguente oggetto "Avviso formazione Graduatoria Aziendale per disponibilità a ricoprire incarichi a tempo determinato di Continuità Assistenziale presso Centrale di Ascolto di Roma - Medici inseriti in Graduatoria Regionale ".

Il medesimo oggetto dovrà essere indicato in caso di presentazione della domanda a mezzo PEC.

Per le domande inoltrate tramite PEC si richiede l'invio di un unico file in formato PDF contenente la domanda di partecipazione, l'autodichiarazione di notorietà e il documento di riconoscimento

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso scade il **7° giorno successivo** a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito Aziendale www.ares118.it, Bandi di Concorso.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al giorno successivo non festivo. La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante. Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile ma recapitate a questa Azienda oltre 7 giorni dal termine di scadenza.

L'Azienda, in base alle disponibilità ricevute, inserirà gli idonei secondo il punteggio riportato nella Graduatoria Regionale di settore della Continuità Assistenziale nella propria Graduatoria Aziendale; la stessa sarà pubblicata sul sito Aziendale alla voce Bandi di Concorso entro il 30° giorno successivo alla scadenza del termine per la presentazione delle domande.

I candidati dovranno dichiarare, a pena di esclusione, di essere in grado di garantire, e quindi che non sono presenti limitazioni, o altre cause ostative, a un impegno orario di 24 ore settimanali da svolgersi nei turni notturni, diurni festivi e pre -festivi, nonché ad effettuare turni di reperibilità in misura del 50% dei turni di servizio assegnati al fine di garantire le esigenze del Servizio, in linea con quanto previsto nell' ACN MMG 2005/2009, fermo restando che l'eventuale conferimento del contratto, a tempo determinato, è subordinato all'accertamento, al momento dell'incarico, dei seguenti elementi: iscrizione all'albo dell'ordine dei medici - assenza di situazioni di incompatibilità - assenza di condanne e/o procedimenti penali, ovvero di sanzioni disciplinari che per la loro gravità, ad insindacabile giudizio dell'Azienda, non siano ritenute compatibili con lo svolgimento dell'incarico da conferire.

L'Azienda si riserva, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse, di modificare, sospendere o annullare il presente avviso.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Maria Paola Corradi



am

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE PROVVISORI PER LA CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE (ACN MEDICINA GENERALE 2005-2009)
AGGIORNAMENTO GRADUATORIA AZIENDALE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a (prov.....) il

Codice Fiscale

Residente a in Via/P.za n C.A.P.

Telefono cellulare Fax

Indirizzo e mail / PEC

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE GESTITI DA QUESTA AZIENDA (CENTRALE D'ASCOLTO)

E A TAL FINE DICHIARA:

di aver conseguito: Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il con voto /110;
abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di il
di essere attualmente iscritto all'ordine dei Medici di dal al
con numero e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico per condanne e/o
procedimenti penali;
di essere inserito nella graduatoria Regionale di settore per la continuità assistenziale del Lazio, di cui al BUR Lazio
n. del nella posizione n. con punti

Lo/La scrivente è consapevole che, all'atto del conferimento di un eventuale incarico, dovrà essere a norma con le normative contrattuali vigenti circa le incompatibilità con altri incarichi e si impegna a comunicare per iscritto qualsiasi variazione successiva al presente atto.

Lo/La scrivente è consapevole che in caso di incarico dovrà essere in grado di garantire, senza limitazioni o altra causa ostativa un impegno orario di 24 ore a settimana da svolgersi nei turni notturni- diurni festivi e pre- festivi nonché di effettuare turni di reperibilità in misura del 50% dei turni di servizio assegnati al fine di garantire le esigenze del Servizio, in linea con quanto previsto nell' ACN MMG 2005/2009.

Trattamento dei dati personali: Ai sensi dell'art 13 del vigente Regolamento UE n. 2016/679 ss.mm.ii, i dati personali forniti con la presente saranno trattati esclusivamente per le finalità inerenti la gestione dei rapporti di lavoro che si dovessero instaurare a seguito dell'utilizzo dell'elenco dei disponibili. La raccolta dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti per la formulazione della citata graduatoria aziendale di disponibilità, che sarà pubblicata nell'albo e nel sito web di ARES 118. Il Titolare del trattamento è ARES 118 con sede in Via Portuense 240, 00149 Roma - Italia), in persona del legale rappresentante pro tempore, domiciliato per la carica presso la predetta sede. Indirizzo posta elettronica Pec: (direzione.generale@pec.ares118.it). Dati di contatto del DPO di ARES 118: dpo@ares118.it. L'interessato gode dei diritti di cui agli art 15,16,17,18, 20 e 21 del Regolamento UE679 /2016, e potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dagli articoli inviando una raccomandata a.r. a - ARES 118, con sede legale in Via Portuense 240, 00149 Roma- Italia ("Titolare"), ovvero con e-mail all'indirizzo Pec (direzione.generale@pec.ares118.it); L'interessato può richiedere l'informativa completa ai soprascritti indirizzi.

data

firma

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di identità.

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'
(ART.46 E 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)
MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
ANNO 2019

La presente autodichiarazione resa all'Azienda ARES118 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconfiribilità ex ACN MMG 2005-2009. La veridicità delle informazioni in essa riportate sarà accertata d'ufficio.

Il/la sottoscritto/a _____

Consapevole delle conseguenze anche penali delle dichiarazioni mendaci rese alle Pubbliche amministrazioni, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadino/a _____
2. di essere nato/a: _____ (prov. _____) il _____
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ (oppure di non essere iscritto/a per il seguente motivo _____)
4. di essere residente a: _____ (prov. _____) in via _____ C.A.P. _____
5. di non aver riportato condanne penali né di aver procedimenti penali in corso ovvero di aver riportato le seguenti condanne: _____ e/o di avere i seguenti procedimenti in corso: _____
6. Essere /non essere (1) militare
7. di aver conseguito la laurea di Medicina e Chirurgia in data: _____ presso l'Università di: _____ con il voto di: _____ all'età di: _____
8. di essere regolarmente iscritto/a all'albo dell'ordine dei Medici della Provincia di: _____ dal _____ con n° _____ e che non esistono provvedimenti a mio carico;
9. che il suo codice fiscale è il seguente: _____
10. Essere /non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche con incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo: dal _____
11. Essere /non essere (1) titolare di incarico come medico di Medicina Generale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;
12. Essere /non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta con massimale di n. _____ scelte periodo: dal _____;

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

13. Essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1)
come Specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) Azienda _____
branca _____ ore settimanali _____
14. Essere /non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2)
Provincia _____ branca _____ dal _____
15. Avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c.5 D.L.n. 502/82:
Azienda _____ via _____
Tipo di attività _____ periodo: dal _____
16. Essere /non essere (1) titolare di incarico di Guardia Medica nella Continuità Assistenziale o nell'Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) nella
Regione _____ Azienda _____ ore settimanali _____
In forma attiva – in forma di disponibilità (1).
17. Essere /non essere iscritto (1) a corso di Formazione in Medicina Generale;
18. Essere /non essere iscritto (1) al corso di Specializzazione in _____
c/o l'Università di _____ dal _____;
19. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.L. 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____;
20. Essere /non essere (1) titolare di trattamento pensionistico e previdenziale
c/o _____ dal _____

NOTE: _____

1): cancellare la parte che non interessa:

2): compilare le notizie richieste qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa _____

AL FINE DELLA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' ANNO 2019

RAPPRESENTO IL POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

- ☐ Di essere in possesso dell'attestato/diploma di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente ex D. Lgs n. 368/99 conseguito il presso.....
- ☐ Di aver conseguito l'abilitazione professionale entro il 31.12.1994 ovvero il..... presso.....
- ☐ Di essere iscritto corso di formazione specifica in Medicina Generale dal..... presso.....
- ☐ Di essere iscritto al corso di Specializzazione in c/o Università di.....dal
- ☐ Di non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato o non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.
- ☐ Di essersi Laureato in Medicina e Chirurgia all'età di anni
- ☐ Di aver conseguito il seguente Voto di Laurea;
- ☐ Di possedere al momento della pubblicazione del Bando una Anzianità di laurea di mesi

Ai sensi del GDPR 2016/679 e D.Lgs 101/2018 autorizzo il trattamento dei miei dati personali che avverrà anche per il tramite di un soggetto esterno (M.E.F.) ai fini dello svolgimento del rapporto d'impiego e mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Data _____

Firma _____

N.B. Alla presente autocertificazione dovrà necessariamente essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Dichiaro altresì di non aver mai prestato servizi presso Pubblica Amministrazione con rapporto di dipendenza ovvero di non aver avuto precedenti rapporti di impiego con la Pubblica Amministrazione che si sono conclusi con un provvedimento di licenziamento, decadenza, destituzione.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede.

Data _____

Firma _____

ALLEGA ALLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE COPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'

Tipo di documento _____ Nr. _____

Rilasciato da _____ il _____

Scadenza il _____

La presente autodichiarazione si compone di nr. 3 (tre) pagine