

REGIONE LAZIO
ARES 118
AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO LA CENTRALE DI ASCOLTO DI GMR DI ROMA PER L'ANNO 2017 MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI SETTORE di cui al BUR n°100 suppl.n°2 del 15.12.2016

Al sensi della Determinazione della Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, n. G14542 del 7 dicembre 2016 (pubblicata sul BURL del 15 dicembre 2016 n. 100 suppl.n°2), questa Azienda deve procedere alla formazione della graduatoria aziendale di disponibilità per l'anno 2017 ai sensi dell'art.70 dell'intesa sancita con atto di repertorio n.93105 del 29 luglio 2009 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ed ai sensi dell'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge del decreto-legge 19 marzo 2004, n.81, sulle ipotesi di accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

I suddetti Incarichi potranno essere conferiti per la durata massima di mesi dodici ai professionisti medici che avranno dato la propria disponibilità e che risultino iscritti nella Graduatoria Regionale di settore della Continuità Assistenziale pubblicata sul BUR Lazio nr. 100 suppl. n°2 del 15/12/2016. L'Azienda, in base alle disponibilità ricevute, formulerà una propria graduatoria che verrà utilizzata per il conferimento degli incarichi a tempo determinato di cui sopra, fermo l'accertamento in sede d'incarico dei requisiti di incompatibilità di cui all'articolo 17 ACN MMG 2005/2009 e della assenza di motivi ostativi alla effettuazione delle attività previste dal presente incarico di sostituzione temporanea.

I medici interessati possono presentare domanda in carta semplice, indirizzata al Direttore Generale dell'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. 100 del 15/12/2016 suppl.n°2, specificando il punteggio e il numero di posizione. - indirizzo di posta elettronica personale o PEC ove inviare le successive comunicazioni o notifiche relative al presente Bando.

Le domande, redatte secondo l'allegato schema, sottoscritte in calce, dovranno essere indirizzate al Direttore Generale dell'ARES 118 - Via Portuense, 240 00149 Roma. Unitamente alla suddetta domanda dovrà essere allegata copia di un valido documento di riconoscimento e la autodichiarazione sostitutiva certificazione e di notorietà ai sensi degli art. 46 e 47 - DPR 28 Dicembre 2000 N 445 che dovrà debitamente compilata utilizzando lo schema allegato, firmata e datata. Eventuali situazioni d'incompatibilità 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 consegnate direttamente al Protocollo Generale dell'Azienda 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 14.30 - 17.00), oppure essere inviate tramite PEC all'indirizzo direzione.generale@pec.ares118.it, oppure essere inviate mediante servizio pubblico postale con raccomandata con avviso di ricevimento.

47

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 GMR Roma – Medici inseriti Graduatoria Regionale". Il medesimo oggetto dovrà essere indicato in caso di presentazione a mezzo PEC.

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso scade il 15° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito dell'ARES 118. 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.

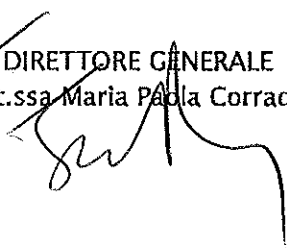
Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile ma recapitate a questa Azienda oltre 10 giorni dal termine di scadenza.

La graduatoria aziendale definitiva di disponibilità sarà pubblicata sul sito Aziendale alla voce Bandi e Concorsi.

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 a settimana da svolgersi nei turni notturni, festivi e pre- festivi, nonché a 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.

Resta fermo 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'amministrazione, 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 DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Paola Corradi



Al Direttore Generale
dell'ARES 118
Via Portuense 240
00149 Roma

**DISPONIBILITA' PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
MEDICI INSERITI GRADUATORIA REGIONALE. - (ACN Medicina Generale 2005 / 2009)**

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a a(prov.....) il
Codice Fiscale.....
Residente a.....in Via/P.za.....n.....C.A.P.....
Telefono.....cellulare.....Fax.....
e-mail/Pec.....

COMUNICA

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

A TAL FINE DICHIARA:

- di aver conseguito: Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il con voto...../110;
- di essere abilitato all'esercizio professionale presso l'Università di il.....
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di dal.....
con numero di iscrizione e che non sussistono provvedimenti che danno luogo a sospensioni
che a proprio carico non sono presenti procedimenti penali e/o condanne .
- di essere inserito nella Graduatoria Regionale di settore per la continuità assistenziale del Lazio, di cui al BUR
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 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 orari di 24 ore a settimana da svolgersi nei turni notturni - festivi- e pre - festivi nonché 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 MMC 2006/2009.

Trattamento dei dati personali: Ai sensi dell'art 13 comma 1 del D lgs 30/6/2003 n 196, 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 responsabile del trattamento dei dati è il Direttore UOC Governo Risorse Umane ARES 118.

L'interessato gode dei diritti di cui agli art 7, art 9 cc2,3,5, art 10 c 7 del citato D lgs 196/2003, tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano e quello di far rettificare i dati erranei, incompleti o raccolti in termini non conformi al decreto.

.....
(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 GRADUATORIA REGIONALE CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La presente autodichiarazione, resa all'Azienda ARESI 18 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 italiano/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 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: _____

Autorizza il trattamento dei suoi dati personali che avverrà anche per il tramite di un soggetto esterno (M.E.F.) ai fini dello svolgimento del rapporto d'impiego e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Data _____

Firma _____

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa _____

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 IDENTITÀ

Tipo di documento _____ Nr. _____

Rilasciato da _____ il _____

Scadenza il _____

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

- 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".