

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 MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE -
RIAPERTURA TERMINI AGGIORNAMENTO GRADUATORIA ANNO 2016

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 n. G01345 del 22 febbraio 2016 (pubblicata sul BURL 01marzo 2016 n. 17), 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, questa Azienda stante le necessità della Centrale di Ascolto di Roma e Provincia deve 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 pubblicata sul BUR Lazio nr. 17 del 01/03/2016. 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 10 Marzo 2016. 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. 17 del 01/03/2016 (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 .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, 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 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. 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 10° 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 10 giorni dal termine di scadenza. L'Azienda, in base alle disponibilità ricevute, inserirà gli idonei nella propria graduatoria aziendale 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. La graduatoria aziendale di disponibilità aggiornata con le nuove disponibilità sarà pubblicata sul sito Aziendale alla voce Bandi di Concorso entro il 15 ° 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 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' Azienda ARES I 18
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.....
Indirizzo e mail / PEC

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITA' A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO I SERVIZI DI
CONTINUITA' 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- 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 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 I 18.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore UOC Stato Giuridico ARES I 18.

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 erronei, 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 quinques 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".