

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 NON INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE

AGGIORNAMENTO GRADUATORIA ANNO 2018

Ai sensi 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. GI 17731 del 19 dicembre 2017 (pubblicata sul BURL del 28 dicembre 2017 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, questa Azienda deve procedere all'aggiornamento della Graduatoria Aziendale di disponibilità a ricoprire incarichi di sostituzione temporanea per i medici NON iscritti nella Graduatoria Regionale di settore della Continuità Assistenziale pubblicata sul BUR Lazio nr. 104 suppl.n.2 del 28/12/2017, i quali saranno utilizzati solo e in caso di mancata o insufficiente disponibilità di Medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Settore , come da art 70 comma 6 , con incarichi della durata massima annuale di mesi tre.

Possono presentare domanda per essere inseriti I MEDICI 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 9 gennaio 2018.

I medici interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo in allegato, 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) - indirizzo di posta elettronica personale o PEC ove inviare le successive comunicazioni o notifiche relative al presente avviso.

Unitamente alla suddetta domanda, che dovrà essere firmata e datata, 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 direzione.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 NON inseriti in Graduatoria Regionale".

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

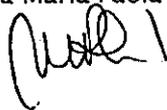
L'Azienda, in base alle disponibilità ricevute, aggiornerà la propria Graduatoria Aziendale che verrà utilizzata per il conferimento degli incarichi a tempo determinato di cui sopra, fermo restando l'accertamento, in sede d'incarico, dei requisiti di incompatibilità di cui all'articolo 17 ACN MMG 2005/2009 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 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 a settimana da svolgersi nei turni notturni, diurni 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, 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 DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Paola Corradi



Al Direttore Generale Azienda ARES 118
Via Portuense 240 00149 Roma

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI DI SOSTITUZIONE E PROVVISORI PER LA CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
MEDICI NON INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE (ACN MEDICINA GENERALE 2005-2009)
AGGIORNAMENTO GRADUATORIA ANNO 2018

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a a..... (prov.....) il.....
Codice Fiscale.....
Residente a..... in Via/P.za..... n..... CAP.....
Telefono..... cellulare..... Fax.....
Indirizzo e mail / PEC.....

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO IL SERVIZIO
DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE GESTITO 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..... con numero.....
e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico per condanne e/o procedimenti penali;

Lo/La scrivente è consapevole che, all'atto del conferimento di un eventuale incarico, dovrà essere in regola con le normative contrattuali vigenti circa le incompatibilità con altri incarichi e si impegna a comunicare per iscritto qualsiasi variazione successiva ai 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 prefestivi 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 I del D Igs 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 Gestione Risorse Umane ARES 118.

L'interessato gode dei diritti di cui agli art 7, art 9 cc2,3,5, art IO c 7 del citato D Igs 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 NON INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

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 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: _____

AL FINE DELLA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA'

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 medico specializzando, anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.
- 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

Autorizzo 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 _____

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