**Azienda Regionale Emergenza Sanitaria**

REGIONE LAZIO ARES 118
AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO L'ARES 118 MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI SETTORE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE DI CUI AL BUR Lazio n. 104 suppl. 2 del 28.12.2017

Ai sensi dell'art. 95 del titolo V dell'ACN MMG 2005 e s.m.i., questa Azienda intende indire avviso per la formulazione della Graduatoria Aziendale di disponibilità per il conferimento in via d'urgenza di incarichi provvisori a tempo determinato presso l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria - ARES 118 Lazio.

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 dell'Emergenza Territoriale pubblicata sul BUR Lazio nr. 104 suppl. 2 del 28.12.2017 ed in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria ex art. 66 del DPR 270/2000 e art. 96 del predetto ACN.

La sede di servizio potrà essere individuata a discrezione della Direzione Aziendale in una delle cinque province del Lazio, tutte di pertinenza, per l'Emergenza Territoriale, dell'ARES 118.

Gli incarichi verranno assegnati, secondo i posti disponibili, sulla base dell'ordine di graduatoria e delle preferenze espresse.

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 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.

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) - iscrizione nella graduatoria di settore della Emergenza Territoriale pubblicata sul BUR Lazio nr. 104 suppl.n.2 del 28 dicembre 2017 (riportando il punteggio e il numero di posizione) - estremi del certificato di conseguimento del corso abilitante all'emergenza - 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.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ARES
118

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 concorsi.selezioni@pec.ares118.it.

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 presso l'ARES 118 - Medici inseriti nella Graduatoria Regionale per l'Emergenza Territoriale".

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 15° 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. L'Azienda, in base alle disponibilità ricevute, inserirà gli idonei secondo il punteggio riportato nella Graduatoria Regionale di settore della Emergenza Territoriale 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 38 o 24 ore a settimana da svolgersi nei turni diurni, notturni e festivi, nonché a effettuare turni di reperibilità di 12 ore al fine di fronteggiare assenze impreviste ed improvvise per 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 - possesso del titolo abilitante previsto dall'art. 66 del DPR 270/2000 e dell'art. 96 dell'ACN - 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 A TEMPO DETERMINATO PRESSO L'ARES 118
MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE EMERGENZA TERRITORIALE
(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 L'ARES 118

**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 l'Emergenza Territoriale, di cui al BUR Lazio n. 104 suppl. 2 del 28.12.2017 nella posizione n.....con punti.....
- di aver conseguito il corso abilitante all'emergenza di cui all' 66 DPR 270/2000 in data .....
certificato n.....
- di indicare le seguenti preferenze di sede per le province del Lazio:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

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 38 o 24 ore a settimana da svolgersi nei turni diurni, notturni e festivi in H 24 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 118 www.ares118.it. 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 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 IN GRADUATORIA REGIONALE EMERGENZA TERRITORIALE

La presente autodichiarazione resa all'Azienda ARES118 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconferibilità 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: _____
_____

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa _____

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