

ASL TA

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1229 del 01/06/2017, come modificata con Deliberazione D.G. n. 1361 del 19/06/2017, è indetto

AVVISO PUBBLICO

Per la formulazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di questa ASL TARANTO, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN del 29/07/2009, della Legge Regionale n. 26 del 09/08/2006 modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 7 del 28/03/2012 e delle Norma Transitoria n. 7 dell'ACN del 29/07/2009.

Gli incarichi da assegnare saranno conferiti per MACROAREA, attesa la D.G.R. n. 2528 del 15/12/2009.

Possono concorrere al conferimento dei suddetti incarichi provvisori, nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

- A)** I medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Settore di Emergenza Sanitaria Territoriale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN 29/07/2009;
- B)** I medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 del vigente ACN, ed in servizio, con incarico in convenzione a tempo determinato, nel SET 118, alla data del 31/03/2012, giusta art. 3 comma 6 della L.R. 26/2006, modificata ed integrata dalla L.R. n. 7/2012 pubblicata sul BURP n. 49 del 04/04/2012. A tal fine, gli aspiranti di cui alla lettera B) saranno graduati, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. A00152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo i criteri indicati nella D.D. regionale n. 155 del 27/09/2007, ossia nell'ordine della:
- Anzianità nel Servizio 118;
 - A parità di anzianità, la residenza;
 - Voto di laurea;
 - Anzianità di laurea;
 - Minore età.
- C)** I medici in possesso del solo attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, giusta Norma Transitoria n. 7 dell'ACN 29/07/2009. Nell'ambito di tale allegato, saranno previsti n. 3 sub allegati:
- **C 1)** i medici inseriti nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017, che hanno conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, nella Regione Puglia, successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale (ossia dopo il 31/12/2016). Gli aspiranti saranno graduati in un separato elenco, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. A00152/04LUG.2012/9526(PATP, secondo il seguente ordine:
 - Minore età al momento del conseguimento della laurea;
 - Voto di laurea;
 - Anzianità di laurea.
 - **C 2)** i medici non inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017, ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in

medicina generale e dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, conseguito nella Regione Puglia, entrambi posseduti alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURP. A tal fine, gli aspiranti saranno graduati in un separato elenco, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. A00152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo il seguente ordine:

- Minore età al momento del conseguimento della laurea;
 - Voto di laurea;
 - Anzianità di laurea.
- **C 3**) i medici non inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2017, in possesso, alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURP, dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, conseguito nella Regione Puglia. A tal fine, gli aspiranti saranno graduati in un elenco separato, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. A00152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo il seguente ordine:
- Minore età al momento del conseguimento della laurea;
 - Voto di laurea;
 - Anzianità di laurea.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera A) dovranno presentare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, posizione occupata nella graduatoria regionale e relativo punteggio, come da fac-simile allegato (All. A).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso (All. n. 1);
2. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera B) dovranno presentare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, come da fac-simile allegato (All. B).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento (All. n. 1);
2. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, del Servizio prestato nel SET 118, da cui risultino la sede e la decorrenza dell'incarico in convenzione a tempo determinato in atto nonché gli eventuali periodi di interruzione (All. n. 2);
3. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera C) dovranno presentare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, come da fac-simile allegato (All. C).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso (AH. n. 1);
2. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, attestante eventuali attività lavorative in atto e/o iscrizioni a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione; tale dichiarazione va resa anche nel caso in cui non si abbiano in atto né rapporti lavorativi né iscrizioni ai citati corsi e/o scuole (Ali. n. 3);
3. Fotocopia di valido documento di identità.

Inoltre, gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui al sub allegato CI, nella domanda di partecipazione, dovranno indicare la posizione occupata nella graduatoria regionale ed il relativo punteggio e gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui al sub allegato C 2), in allegato alla domanda, dovranno presentare, a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento (All. n. 4).

Le domande di partecipazione e la relativa documentazione allegata dovranno essere presentate entro e non oltre il termine di 15 giorni, che decorrono dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, con le seguenti modalità alternative:

- a) spedizione a mezzo raccomandata A/R indirizzata alla ASL TA — U.O.G.A. Personale Convenzionato — Viale Virgilio n. 31 — 74121 TARANTO (farà fede il timbro postale di partenza);

OPPURE

- b) consegna *pro manibus* all'Ufficio Protocollo della ASL TA — Viale Virgilio n. 31 — 74121 TARANTO (orari: dal lunedì al venerdì ore 10:00 - 12:00 e il martedì e il giovedì anche dalle ore 15:30 — alle ore 17:30);

In entrambi i casi, le domande dovranno essere spedite o consegnate entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso sul BURP, pena la esclusione delle stesse; pertanto, non saranno prese in considerazione le domande spedite o consegnate dopo tale data. Qualora detto giorno sia festivo, il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo. Il termine per la presentazione delle domande e della documentazione è perentorio e, pertanto, la domanda di partecipazione nonché la documentazione richiesta devono pervenire, a pena di esclusione, entro il termine sopraindicato. Si precisa che l'eventuale riserva di invio di documenti, successivo alla data di scadenza del presente Avviso, e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda, successiva alla data di scadenza del presente Avviso, saranno privi di effetto e la domanda carente dei dati richiesti dall'Avviso sarà esclusa.

Le domande di partecipazione devono essere redatte esclusivamente come da fac-simili allegati al presente Avviso; le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema fac-simile **saranno escluse**.

Si precisa che le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio, rese ai sensi del DPR 445/2000, complete di tutti gli elementi richiesti dal presente Avviso, al fine di consentire a questa ASL il controllo di quanto dichiarato nelle stesse, devono essere redatte secondo i modelli predisposti da questa ASL ed allegati al presente Avviso. Si evidenzia che è necessario compilare esclusivamente il modello di proprio interesse.

Gli incarichi provvisori saranno conferiti nel rispetto dell'art. 97 dell'ACN 29/07/2009 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi con assegnazione d'ufficio alla postazione lavorativa. Delle domande presentate, saranno redatti tre distinti elenchi con le seguenti priorità:

- L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera A), secondo il seguente ordine:
 1. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2017 e residenti nel territorio della ASL TA;

2. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2017 e non residenti nel territorio della ASL TA;
 - L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera **B)**, secondo i criteri di cui sopra, che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lettera A);
 - L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera C), secondo i criteri di cui sopra, che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lettera **B)**. Si precisa che, nell'ambito dell'elenco di cui alla lettera C), sarà osservato il seguente ordine:
 - sub allegato C 1);
 - sub allegato C 2);
 - sub allegato C 3).

Si precisa, inoltre, che, nell'ambito di ciascun sub allegato, sarà data priorità ai medici residenti nel territorio della ASL di Taranto.

Le procedure di convocazione e tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso saranno effettuate **solo ed esclusivamente** tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 28/01/2009). Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata ricezione delle comunicazioni inerenti al presente Avviso, dovuta ad un malfunzionamento del servizio di posta elettronica certificata del destinatario è a carico dello stesso ed esonera questa ASL da qualsiasi obbligo di reinvio delle stesse comunicazioni. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

Ai sensi dell'art. 19 comma 1 lett. o) del vigente ACN, al fine di consentire a questa ASL di garantire la continuità della assistenza sanitaria, l'eventuale recesso del medico dall'incarico conferito dovrà essere comunicato, a mezzo PEC, all'indirizzo **uoga_perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupanpuglia.it**, con almeno due mesi di preavviso.

Per quanto non previsto nel presente Avviso, nonché per il trattamento giuridico ed economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia.

La ASL TA si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente Avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi protesta o diritto.

I dati forniti dai partecipanti al presente Avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sono cause di esclusione:

- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente Avviso;
- la presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale e nominativo di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso;
- la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione;
- la mancata allegazione della fotocopia di un valido documento di identità;
- la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle indicate nel presente Avviso;
- l'eventuale riserva di invio successivo alla data di scadenza del presente Avviso di documenti e qualsiasi altra
- comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie o difformi dallo schema facsimile allegato al presente Avviso;
- la redazione di autocertificazioni e/o di dichiarazioni sostitutive di atto notorio incomplete di tutti gli ele-

menti richiesti dal presente Avviso, al fine di consentire a questa ASL il controllo di quanto dichiarato nelle stesse.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso e non indicata nello stesso, potrà essere richiesta alla ASL TA – Area Gestione del Personale – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amministrativa del Personale Convenzionato e P.A.C., Viale Virgilio, 31, 3° piano – Taranto – Dott.ssa Tiziana Adami – Tel. 099,7786781, nei seguenti orari: dal lunedì al mercoledì dalle ore 12:00 alle ore 13:00; il martedì anche dalle ore 16:00 alle ore 17:00.

IL DIRETTORE GENERALE
AVV. Stefano ROSSI

FAC SIMILE (A)MARCA DA BOLLO
DI € 16,00**PER GRADUATORIA REGIONALE
DI SETTORE****AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C.
VIALE VIRGILIO, 31
74121 TARANTO**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per
il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel
Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ recapiti telefonici
_____ Indirizzo
Personale e Nominativo di Posta Elettronica
Certificata _____, in
possesto dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza
Sanitaria Territoriale conseguito in data _____
presso la ASL di _____, inserito/a nella

Graduatoria Regionale di Medicina Generale di settore valida per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017, al posto n. _____ con punti _____, con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. _____ del _____,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- fotocopia di valido documento di identità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata:**

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

(data)

(firma)

FAC SIMILE (B)MARCA DA BOLLO
DI € 16,00**LEGGE REGIONALE N. 26 DEL 09/08/2006**
(Modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 7 del 28/03/2012)**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA**
c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C.
VIALE VIRGILIO, 31
74121 TARANTO

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ recapiti telefonici
_____ Indirizzo
Personale e Nominativo di Posta Elettronica
Certificata _____,
voto di laurea _____ data di laurea _____
in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza
Sanitaria Territoriale conseguito in data _____
presso la ASL di _____, in servizio con
incarico a tempo determinato in convenzione presso

_____, dal _____
con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL
indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena
conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. _____ del
_____.

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed

integrazioni, del servizio prestato nel SET 118, da cui risultino la sede e la decorrenza dell'incarico in convenzione a tempo determinato in atto nonché gli eventuali periodi di interruzione;

- fotocopia di valido documento di identità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata:**

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

(data)

(firma)

FAC SIMILE (C)MARCA DA BOLLO
DI € 16,00**NORMA TRANSITORIA N. 7 ACN 29/07/2009**

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C.
VIALE VIRGILIO, 31
74121 TARANTO**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ recapiti telefonici
_____ Indirizzo
Personale e Nominativo di Posta Elettronica
Certificata _____,
in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia,
conseguito in data _____, con voto _____ presso
l'Università di _____, abilitato/a
all'esercizio della professione in data _____ ed iscritto/a
all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della

Provincia di _____ dal
_____, con riferimento all'Avviso pubblico indetto
da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere
piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. _____ del
_____.

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il
conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio
di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti
di cui al presente **sub allegato C 1)**, in quanto inserito/a nella
graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno
2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017, al posto
n. _____ con punti _____ ed in possesso
dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria
Territoriale conseguito in data _____ presso
la ASL di _____;
- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti
di cui al presente **sub allegato C 2)**, avendo conseguito
l'attestato di formazione specifica in medicina generale in
data _____ presso _____ e
l'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria
Territoriale in data _____ presso la ASL di
_____, ma non essendo inserito/a nella

graduatoria regionale di Medicina valida per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017;

- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti di cui al presente **sub allegato C 3**), avendo conseguito esclusivamente l'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale in data _____ presso la ASL di _____ e non essendo inserito/a nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2017, pubblicata sul BURP n. n. 64 del 01/06/2017.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, attestante eventuali attività lavorative in atto e/o iscrizioni a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione; tale dichiarazione va resa anche nel caso in cui non si abbiano in atto né rapporti lavorativi né iscrizioni ai citati corsi e/o scuole;
- Fotocopia di valido documento di identità.

Inoltre, se in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, allega, a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata:**

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ai sensi del

D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

(data)

(firma)

- (1) Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.

ALL. N. 1

AUTOCERTIFICAZIONE CORSO 118

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ informato/a su quanto
previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e consapevole delle
sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per
le ipotesi di falsita' in atti e di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,
di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, di
essere in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di
Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data
_____ presso la ASL di
_____.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
PER SERVIZIO IN CONVENZIONE NEL SET 118**

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle
disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa – e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ informato/a su quanto
previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e consapevole delle
sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per
le ipotesi di falsita' in atti e di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,
di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, di
essere in servizio nel SET 118 con incarico in convenzione a
tempo determinato dal _____, presso la ASL
di _____ Regione
_____ e di aver / non aver interrotto il servizio
(in caso positivo indicare il/i periodo/i di interruzione):

dal _____ al _____;

dal _____ al _____.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 3

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
PER RAPPORTI DI LAVORO E/O BORSE DI STUDIO**

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle
disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa – e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ informato/a su quanto
previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e consapevole delle
sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per
le ipotesi di falsita' in atti e di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,
di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000,

- di detenere il seguente rapporto di lavoro (specificare la
natura del rapporto – es. dipendente pubblico o privato, in
convenzione, co.co.co., libero professionale, ecc.):

presso _____

dal _____;

- di non detenere alcun rapporto di lavoro;

- di essere titolare di borsa di studio anche inerente a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione(specificare) _____
_____ ;
presso _____
dal _____ ;

- di non essere titolare di alcuna borsa di studio.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 4

AUTOCERTIFICAZIONE CORSO MMG

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, residente
in _____ CAP _____ alla Via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ informato/a su quanto
previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e consapevole delle
sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per
le ipotesi di falsita' in atti e di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,
di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, di
essere in possesso dell'attestato del Corso di Formazione
Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____
presso _____.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma