

Allegato 2

Procedura di assegnazione, ai sensi dell'art. 34, comma 17, ACN 28/04/2022, degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. 148 Speciale del 20 Luglio 2022.

A seguito di conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati nel BURC n. 148 del 20 Luglio 2022 con l'interpello dei medici di cui all'art. 63, comma 3, lettere a), b) e c), ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., non risultano assegnati i seguenti incarichi:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE	n. incarichi vacanti Continuità Assistenziale
Belvedere Spinello	3
Casabona	1
Cerenza	2
Cotronei	1
Crucoli	3
Isola Capo Rizzuto	3
Caccuri	1
Castelsilano	1
Cirò Marina	3
Crotone	1
Cutro	3
Le Castella	3
Pagliarelle	3
Papanice	3
Petilia Policatsro	3
Roccabernarda	2
San Mauto Marchesato	1
San Nicola dell'Alto	2
Santa Severina	3
Savelli	1
Scandale	2
Strongoli	3
Unbriatico	4
Verzino	1

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 34, comma 17, del vigente ACN, **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione sul sito SISAC del link regionale del presente Avviso**, i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle postazioni di assistenza primaria ad attività oraria carenti sopra indicati presentando domanda di assegnazione secondo i fac-simile allegati 2-A) – 2-B) e compilando altresì l'allegato C (modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo), con le modalità di seguito indicate.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle postazioni carenti di Assistenza Primaria ad attività oraria, secondo quanto disposto dall'art. 34, comma 17, dell'ACN 28 aprile 2022:
i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2022 di altra Regione/Provincia Autonoma (allegato 2-A);
i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (allegato 2-B).

TRASMISSIONE DELLE DOMANDE

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata **esclusivamente tramite PEC** alle Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, in relazione agli incarichi nelle postazioni di assistenza primaria ad attività oraria carenti, entro 20 giorni dalla data di pubblicazione sul sito della SISAC.

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA AMBITI CARENTI 2022 Assistenza Primaria ad attività oraria DELLA ASP DI CROTONE. A tal fine si indica l'indirizzo PEC di riferimento:

dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotone.it

La domanda deve essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei file; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza come sopra definito.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo Allegato C e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno¹.

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità. La mancanza del valido documento di identità o la mancata sottoscrizione della domanda comportano in ogni caso l'esclusione dalla procedura.

I titoli conseguiti presso una Pubblica Amministrazione o gestori di pubblici servizi devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 44/2000 e s.m.i. con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione degli stessi e per il reperimento delle informazioni o dati richiesti.

L'Amministrazione competente procederà a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni in attuazione alle disposizioni previste dall'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

GRADUATORIE E CONVOCAZIONE

La ASP di Crotone provvederà a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione/pubblicazione nell'albo aziendale.

I candidati di cui alla lettera a) comma 17 dell'art. 34 ACN sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella graduatoria di provenienza valida per l'anno 2022 ed in caso di pari punteggio prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

I candidati di cui alla lettera b) comma 17, dell'art. 34 ACN sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

¹ Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

La ASP di Crotone provvederà alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all' art. 34 del vigente ACN.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra le postazioni dichiarate carenti per i quali ha concorso: ove l'interessato abbia concorso per più ambiti, **l'ordine di priorità per l'accettazione dovrà contenere tutte le sedi per le quali si intende procedere all'accettazione**, secondo la preferenza del candidato. Il telegramma o la PEC devono pervenire alla ASP di Crotone perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi.

Si indica di seguito l'indirizzo dell'Azienda e la PEC di riferimento:

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, Via M. Nicoletta snc, Struttura "Il Granaio", 88900 Crotone (KR);

dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotone.it

Nella data stabilita per l'assegnazione degli incarichi saranno interpellati i medici di cui all'art 34, comma 17, lett. a), successivamente i medici di cui al comma 17, lettera b).

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 28.04.2022, ovvero non devono:

fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP)".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Il Responsabile Settore Assistenza Primaria

Il Direttore del Distretto Sanitario Unico

Dr. Massimo La Rosa

Dr. Pietro Luigi Brisinda

Il/La sottoscritto/a Dott.

nato a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | residente a

_____prov. _____

via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ PEC: _____

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 17, lettera a), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi nelle postazioni carenti di Assistenza Primaria ad attività oraria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. 148 del 20/07/2022 residuati a seguito delle procedure di interpello di cui all'art. 34, comma 5, lettere a), b) e c) ACN 23/03/2005 e s.m.i., e segnatamente per i seguenti ambiti:

[illegible]

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____
_____ in data _____ VOTO _____; (specificare se
il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____
3. di essere iscritto nella graduatoria valevole per l'anno 2022 della Regione/Provincia Autonoma _____
_____ con punti _____, pubblicata nel Bollettino Ufficiale n. _____
del _____ e che, alla data di scadenza della presentazione della domanda di
inserimento/integrazione titoli nella graduatoria, non era titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di non essere titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria;
5. di essere/non essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la
Regione _____ in data ____ / ____ / ____
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE
n. 2016/679.

Allega:

-Copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo Pec:

firma per esteso

Data _____

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate digitalmente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità.

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | residente a _____

prov. _____

via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ PEC: _____

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 17, lettera b), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi nelle postazioni carenti di Assistenza Primaria ad attività oraria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. 148 del 20/07/2022 residuati a seguito delle procedure di interpello di cui all'art. 34, comma 5, lettere a) b) e c) ACN 23/03/2005 e s.m.i., e segnatamente per i seguenti ambiti:

[illegible]

INCARICO		INCARICO	
----------	--	----------	--

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____

3 _____

_____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale nella sessione _____ / _____

presso l'Università di _____

3. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____

4. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la

Regione _____ in data _____ / _____ / _____

5. di essere residente nel Comune di _____ (Prov _____)

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo Pec:

Data _____

firma per esteso

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate digitalmente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO

da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il / / _____ codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati per l'anno 2022 presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone della Regione Calabria con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.
-

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati per l'anno 2022 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.

Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.