



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2024

N. 1929

Data 19/12/2024

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GARDAUTORIA
AZIENDALE DI MEDICI DISPONIBILI A RICOPRIRE EVENTUALI INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE NELLA MEDICINA
GENERALE PER LA ASL DI PESCARA, PER L'ANNO 2025.**

IL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI DISPONIBILI A RICOPRIRE EVENTUALI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE NELLA MEDICINA GENERALE PER LA ASL DI PESCARA, PER L’ANNO 2025.

** Preso atto della relazione del Dirigente proponente che qui si riporta integralmente:*

DATO ATTO che l’art. 19, comma 6, A.C.N. 04/04/2024, prevede che le Aziende entro 15 giorni dalla pubblicazione della Graduatoria Regionale definitiva, pubblichino sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatoria aziendale di medici disponibili all’eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione per la Medicina Generale;

CONSIDERATO che sul BURA Speciale n. 209 del 29/11/2024 è stata pubblicata la Graduatoria Regionale definitiva dei Medici di Medicina Generale valida per l’anno 2025;

RITENUTO, dunque, di dover predisporre apposito avviso pubblico, onde poter istituire, per l’anno 2025, la graduatoria aziendale ai sensi della sopra citata normativa, per l’attribuzione di eventuale incarico a tempo determinato, o per l’affidamento di sostituzione, nel ruolo unico di Assistenza Primaria, nell’Emergenza Sanitaria Territoriale, nel servizio di Assistenza Sanitaria Penitenziaria, nonché per l’attribuzione di altri eventuali incarichi provvisori disciplinati dall’ACN per la Medicina Generale;

La pubblicazione dell’avviso non comporta per la ASL di Pescara alcun obbligo di conferire incarichi nei settori sopra indicati, ma avverrà solo ed esclusivamente sulla base delle necessità aziendali.

La graduatoria avrà validità fino alla approvazione della nuova graduatoria per l’anno 2026.

L’elenco della graduatoria redatta, sarà utilizzata secondo il criterio dello scorrimento nell’ordine delle sezioni di cui all’art. 19, comma 6, ACN vigente;

** Acquisito il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente, ai sensi della legge 7 Agosto 1990 n. 241 e s.m.i. che ne attesta la regolarità e la completezza;*

** Dato atto dell’attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo-contabile e tecnica del presente provvedimento:*

1. Dirigente proponente nella sua qualità di Responsabile dell’UOS Gestione Sanitari Convenzionati;

** Acquisiti, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo d’Azienda e dal Direttore Sanitario d’Azienda;*

DELIBERA

Per tutto quanto sopra indicato e che qui si intende integralmente richiamato

1) DI INDIRE l’Avviso pubblico, allegato al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale, per la formazione di graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarico a tempo determinato, e/o di sostituzione, valida per l’anno 2025, e comunque fino

all'approvazione di quella successiva, per il ruolo unico di Assistenza Primaria, di Emergenza Sanitaria Territoriale e per l'Assistenza Sanitaria Penitenziaria presso la Casa Circondariale di Pescara, dando al medesimo pubblicità come indicato in premessa.

2) DI PUBBLICARE sul sito web aziendale della ASL di Pescara, alla voce Concorsi-Bandi di Concorso, lo schema di Avviso Pubblico (allegato A), lo schema di domanda di inclusione nella graduatoria aziendale di disponibilità (allegato B), il modello per il pagamento dell'imposta di bollo (allegato C), e l'autocertificazione informativa, facenti parte integrale e sostanziale del presente atto.

3) DI STABILIRE che la data di scadenza per la presentazione delle domande è fissata entro 30 giorni a decorrere dalla data successiva a quella della pubblicazione dell'Avviso sul sito web aziendale della ASL di Pescara.

4) DI PRECISARE che per l'assegnazione delle sostituzioni e degli incarichi a tempo determinato si applicano le norme vigenti dell'ACN 04/04/2024.

5) DI PRECISARE che per il conferimento degli incarichi in parola si dovrà, inoltre, tener conto di quanto disciplinato, in materia, anche dall'Accordo Integrativo Regionale (AIR), fatta eccezione per le disposizioni rese inapplicabili dalle nuove norme dell'Accordo Collettivo Nazionale.

6) DI DARE MANDATO all'UOS Gestione Sanitari Convenzionati di porre in essere gli atti idonei e necessari all'istituzione della graduatoria in parola.

7) DI DISPORRE che il presente atto, nonché gli allegati "A", "B", "C" e l'autocertificazione informativa, vengano pubblicati nell'Albo Pretorio on-line di questa ASL, alla voce Concorsi/Sez. Bandi di Concorso.

8) DI CONFERIRE alla presente deliberazione immediata esecutività.



AVVISO PUBBLICO

(Allegato "A")

per la formazione di Graduatoria Aziendale di medici aspiranti al conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato e di sostituzione, nei servizi della Medicina Generale (Ruolo unico di Assistenza primaria), Emergenza Snitaria Territoriale-118, Assistenza nell'Istituto Penitenziario di Pescara) valida per l'anno 2025

<§>

Si rende noto che questa A.S.L., con delibera n° _____ del _____, esecutiva a norma di legge, intende procedere - ai sensi dell'art. 19, comma 6, A.C.N. 04/04/2024 per la Medicina Generale - all'indizione di pubblico avviso per la formazione di apposita Graduatoria Aziendale valevole per l'anno 2025, di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, nelle attività previste dal citato A.C.N.

Possono concorrere all'inserimento nella graduatoria oggetto del presente avviso:

- a. medici iscritti nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale, valevole per l'anno 2025;
- b. medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Abruzzo, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28.12.2001, n°448:
- d. medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- e. medici iscritti ai corsi di specializzazione;

I medici indicati al punto a) saranno graduati secondo l'ordine di punteggio della Graduatoria regionale dei medici di Medicina Generale valevole per l'anno 2025. I medici di cui ai punti da b) a e) saranno graduati, nell'ordine, in base: 1) minore età posseduta alla data del conseguimento della laurea, 2) voto di laurea, 3) anzianità di laurea.

Si precisa che gli incarichi in parola saranno conferiti ai medici che abbiano dato la disponibilità secondo l'ordine indicato dalle specifiche norme di cui all'ACN 04/04/2024, nonché secondo le norme vigenti dell'A.I.R., in quanto compatibili con l'ACN vigente. I medici devono assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio, per le tipologie di incarico che lo prevedono. Nella domanda di partecipazione gli interessati di cui al punto a) devono riportare la posizione occupata nella Graduatoria Regionale valevole per l'anno 2025, con il relativo punteggio. I non iscritti in graduatoria potranno autocertificare, ai sensi di legge, l'età, la data di laurea ed il relativo voto, salvo presentare idonea documentazione prima dell'eventuale conferimento dell'incarico. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'art. 2, comma 1, ACN 04/04/2024, possono partecipare, per graduatoria regionale, solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari. Ai fini del conferimento degli incarichi in questione, in considerazione dell'urgenza e dei tempi ristretti entro i quali l'Azienda è chiamata a provvedere, la ASL si riserva di contattare i candidati per posta elettronica e/o per telefono ai recapiti indicati dal candidato nella domanda. Le domande di partecipazione al presente avviso, **in bollo di € 16,00**, dovranno essere trasmesse, **conformi al modello allegato B, esclusivamente a mezzo PEC**, al seguente indirizzo: medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it **entro e non oltre 30 giorni, a decorrere dalla data successiva a quella di pubblicazione del presente avviso sul sito web aziendale.** **L'Azienda non risponde di eventuali errori e ritardi imputabili al servizio telematico.** Eventuali domande trasmesse oltre il termine stabilito verranno acquisite secondo l'ordine di arrivo ed utilizzate in caso di necessità, in subordine alla graduatoria aziendale valevole per l'anno 2025. L'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura: **DOMANDA INSERIMENTO GRADUATORIA DISPONIBILITA AZIENDALE ANNO 2025.** La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo. 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 contrassegno. Alla domanda, inoltre, dovrà essere allegata anche l'Autocertificazione informativa, debitamente compilata e sottoscritta, utilizzando il modello pubblicato sul sito web aziendale, unitamente agli altri Allegati sopra indicati.

Si ricorda che la domanda, **a pena di esclusione**, deve:

1. essere debitamente **sottoscritta** (la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge);
2. essere **spedita entro il termine** prescritto;
3. essere corredata da un **valido documento di riconoscimento**;
4. contenere la **marca da bollo da apporre sul modulo – allegato C – predisposto per l’attestazione del pagamento dell’imposta di bollo di € 16,00.**

I requisiti devono essere posseduti dagli interessati alla data di scadenza del termine stabilito nel presente Avviso.

Gli effetti giuridici dell’iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale decorrono dalla data dell’effettiva frequenza. Nel caso di medici già iscritti nella graduatoria regionale e contemporaneamente iscritti anche al corso di formazione specifica in medicina generale oppure ad un corso di specializzazione, essi verranno inseriti nella categoria a) secondo l’ordine di punteggio, salvo diverse indicazioni da parte della Regione.

Nel caso di medici iscritti all’albo professionale prima della data del 31.12.1994, essi verranno inseriti nella graduatoria dopo i medici della categoria e), in base a: 1) minore età posseduta alla data del conseguimento della laurea, 2) voto di laurea, 3) anzianità di laurea.

Gli incarichi cesseranno di diritto e con effetto immediato, prima del termine naturale di scadenza, a seguito dell’individuazione del medico titolare avente diritto e/o anche a seguito del rientro dei medici titolari a tempo indeterminato sostituiti, ovvero a seguito di una diversa organizzazione del servizio.

L’eventuale recesso da parte del medico incaricato deve essere di norma comunicato secondo scadenza prevista dalla normativa in vigore; In ogni caso a partire dalla data di presentazione delle dimissioni è richiesto l’impegno a garantire nel periodo di preavviso i turni assegnati.

La graduatoria aziendale di cui trattasi avrà applicazione a decorrere dalla sua operatività e resterà in vigore fino all’approvazione della nuova graduatoria per l’anno 2026.

E’ fatto obbligo ai medici presenti in graduatoria aziendale di comunicare alla ASL di Pescara, tramite la PEC sopra richiamata, gli eventuali cambiamenti di indirizzo Email/PEC. L’Azienda non assume responsabilità alcuna nel caso di irreperibilità presso l’indirizzo comunicato. L’Azienda inoltre non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito Email/PEC oppure da tardiva o mancata comunicazione del cambiamento dell’indirizzo Email/PEC indicato in domanda, né per eventuali disagi imputabili a fatti di terzi o a casi fortuiti o forza maggiore. E’ fatto obbligo, altresì, ai medici presenti in graduatoria aziendale di comunicare a mezzo PEC, ogni variazione relativa al proprio stato (ad esempio: ammissione alle scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale, conseguimento del titolo di specializzazione/attestazione di formazione specifica in Medicina Generale, ecc.), ai fini del corretto utilizzo della graduatoria aziendale finalizzato al rispetto delle priorità per il conferimento dell’incarico previsto dal vigente ACN. Non saranno prese in considerazione, ai fini delle priorità, le variazioni di residenza intervenute in corso di validità della graduatoria aziendale 2025.

Ciascun incarico sarà assegnato al medico avente titolo, in condizioni di compatibilità, secondo le vigenti disposizioni in materia. Il distretto socio sanitario e la sede di svolgimento delle attività saranno stabiliti a insindacabile giudizio dell’Azienda e potranno essere oggetto di successiva variazione.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Per quanto non previsto dal presente Avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui al vigente ACN MMG, nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

L’Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente Avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l’opportunità per ragioni di pubblico interesse.

La partecipazione al presente Avviso comporta l’accettazione di tutte le prescrizioni e precisazioni in esso contenute. Il presente Avviso (allegato A), il modulo di domanda (allegato B), il modulo per l’attestazione del pagamento del bollo (allegato C), e il modello per l’autocertificazione informativa, sono pubblicati sul sito web della ASL di Pescara, nella Sezione Concorsi – Bandi di Concorso.

IL DIRETTORE GENERALE
F.to Dott. Vero Michitelli

L’Avviso è stato pubblicato in data _____ con SCADENZA il _____

CODICE IDENTIFICATIVO
Marca da bollo

Allegato "B"

Al Direttore Generale ASL Pescara
Dipartimento Amm.vo
UOS Gestione Sanitari Convenzionati

Oggetto: **DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' AZIENDALE 2025**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato a _____ Prov. () il ____/____/____

C.F. _____ Comune di residenza _____ Prov. ()

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Domiciliato nel Comune di (da compilare se diverso dalla residenza):

Via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

PEC (leggibile, in stampatello) _____ e mail _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale del ruolo unico di assistenza primaria della ASL di Pescara valida per l'anno 2025, per il conferimento di eventuale incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nell'ambito della Medicina Generale, per il/i settore/i di seguito indicato/i:

(barrare con una X l'incarico o gli incarichi che interessa o interessano)

- medico del ruolo unico di Assistenza Primaria (ex Assistenza Primaria e Continuità assistenziale);
- Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 ACN vigente);
- Assistenza nell'Istituto Penitenziario di Pescara;

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

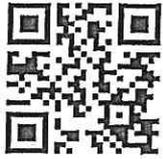
DICHIARA:

(barrare e compilare le voci che interessano)

1) di essere nato/a il _____ a _____ (____);

2) di essere residente in _____ (____) Via _____ n° _____

- 3) di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____/110 (per i titoli conseguiti nei paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____);
- 4) di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- 5) di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
- 6) di essere inserito nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo anno 2025 con punti _____ ;
- 7) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. n°259/91 ed al D. L.vo. n. 368/99 come modificato dal D. L. vo n. 277/2003, conseguito il _____, presso la Regione _____
- 8) di aver acquisito l'attestato di formazione specifica di E.S.T. "118" il _____ ;
- 9) di essere iscritto al seguente corso di specializzazione in _____, presso l'Università di _____ dal _____ al (termine previsto) _____ ;
- 10) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui all'art. 9 comma 1, del D.L 14/12/2018, n. 135, convertito con modificazioni dalla L. 11/02/2019, n. 12, nella Regione Abruzzo, Triennio _____ frequentante 1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (barrare l'anno di riferimento)
- 11) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui all'art. 12, comma 3, del D. L. n. 35 del 30/04/2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 60 del 25/06/2019, nella Regione Abruzzo, Triennio _____ frequentante 1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (barrare l'anno di riferimento)
- 12) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ Triennio _____ frequentante 1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (barrare l'anno di riferimento);
- 13) di essere titolare di borsa di studio in _____ presso l'Università di _____
- 14) di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- 15) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, del vigente ACN;
- 16) di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio aziendale;
- 17) di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.
- Si allega copia di valido documento di riconoscimento (a pena di esclusione).**



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

attesta di:

essere non essere titolare di incarico: a tempo indeterminato provvisorio di sostituzione di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____

e

dichiara formalmente di:
(barrare la casella di interesse)

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. essere non essere (1) titolare di incarico: di sostituzione provvisorio a tempo indeterminato di medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3. essere non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2) veterinario, altra professionalità sanitaria biologo chimico psicologo:

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

Periodo: dal _____

4. svolgere non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (2):
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
5. essere non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), in Regione Liguria o in altra Regione (2):
Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____ in forma attiva-in forma di disponibilità (1)
Periodo: dal _____
6. essere non essere titolare di incarico di medico di medicina dei servizi territoriali a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
7. essere non essere titolare di incarico di medico di assistenza penitenziaria a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
8. essere non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di pediatria di libera scelta convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
9. avere non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 – quinquies del legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:
Azienda _____ Via _____
tipo di attività _____
Periodo: dal _____
10. operare non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:
Organismo _____ orario settimanale _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
11. operare non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ orario settimanale _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

12. svolgere non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.:

Azienda _____ orario settimanale _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13. svolgere non svolgere attività libero professionale (2) (art. 28 A.C.N. del 04/04/2024):

Azienda _____ orario settimanale _____
Via _____ Comune di _____
Tipo attività: _____
Periodo: dal _____

14. svolgere non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

15. avere non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

16. essere non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

Periodo: dal _____

17. di fruire non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

Periodo: dal _____

18. svolgere non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo: dal _____

19. operare non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

20. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente e beneficiare non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

Soggetto erogante in trattamento pensionistico: _____

Periodo: dal _____

21. fruire non fruire (1) dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 04/04/2024;

22. avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

23. essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

24. avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1)

25. aderire non aderire al regime fiscale agevolato.

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(2)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

....., li

Firma anche per presa visione dell'informativa estesa

.....

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

**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 € 16,00
da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

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

DICHIARA

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, dovuta per l'istanza di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 19, comma 6, ACN 04/04/2024, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione nella MMG, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, con la marca da bollo sopra apposta ed 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.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1 – Il presente modulo, provvisto della marca da bollo annullata secondo le indicazioni di cui sopra, deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione alla graduatoria aziendale di disponibilità prevista dall'art. 19, comma 6, ACN 04/04/2024, per i medici aspiranti ad eventuali incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione nella MMG, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

2 – La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa parte del modulo.

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo
Dott. Marilea Cantagallo
firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore
Dott.
firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Trattamento Economico del Personale Dipendente e Convenzionato attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno

Il Direttore
Dott.
firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesca Rancitelli
firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Rossano Di Luzio
firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vero Michitelli
firmato digitalmente

Deliberazione n. 1929 del 19/12/2024 ad oggetto:

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI GARDAUTORIA AZIENDALE DI MEDICI DISPONIBILI A RICOPRIRE EVENTUALI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE NELLA MEDICINA GENERALE PER LA ASL DI PESCARA, PER L'ANNO 2025.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 19/12/2024 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato