

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

**AVVISO N.** 52895 del 01.12.2022Scadenza 31.12.2022

**AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITÀ' PER  
EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O AFFIDAMENTO  
SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE - ANNO 2023**

Preso atto che sul BURL n. 95 del 17/11/2022 è stata pubblicata la graduatoria definitiva della medicina generale valida per l'anno 2023 (domande presentate entro il 31 gennaio 2022) - determinazione Regione Lazio del 10/11/2022 n. G15442.

Ai sensi dell'art. 19 comma 6 e comma 7 dell' Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 28/04/2022, viene indetto il presente Avviso per la predisposizione delle graduatorie aziendali di disponibilità all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione della medicina generale anno 2023.

**RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (ASSISTENZA PRIMARIA) E AD ATTIVITA' ORARIA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)**

Ai sensi dell'art. 19 commi 6 e 7 ACN/2022 ai fini della formazione della graduatoria aziendale di assistenza primaria i medici disponibili all'eventuale incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione saranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Medici iscritti nella graduatoria regionale della medicina generale valida per l'anno 2023 pubblicata sul BURL n. 95 del 17/11/2022 – Determinazione 10/11/2022 n. G15442, secondo l'ordine di punteggio;
- 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 medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- d) Medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere b), c), d), e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI**

Ai sensi dell'art. 19 commi 6 e 7 ACN/2022 e ai sensi dell' art. 31 dell'AIR recepito con DGR Lazio n. 229 del 21/04/2006, ai fini della formazione della graduatoria aziendale di medicina dei servizi territoriali, i medici disponibili all'eventuale affidamento di incarico a tempo determinato o di sostituzione saranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Medici convenzionati per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 600, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) Medici convenzionati per la continuità assistenziale (nei limiti della compatibilità oraria);
- c) Medici della medicina dei servizi con incarico a tempo indeterminato fino a 24 ore con priorità per chi ha un minor numero di ore;
- d) Medici iscritti nella graduatoria regionale della medicina generale valida per l'anno 2023 pubblicata BURL n. 95 del 17/11/2022 – Determinazione 10/11/2022 n. G15442, secondo l'ordine di punteggio;
- e) 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;

- f) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, 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 L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- g) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

- h) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere e) f) g) h) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

I medici interessati, dovranno far pervenire la domanda entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale, redatta utilizzando esclusivamente l'apposito schema di domanda allegato al presente Avviso, sottoscritta e debitamente compilata in modo leggibile in ogni sua parte e con allegata la copia non autenticata di un documento di identità valido e corredata da marca da bollo e modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo.

Gli uffici aziendali preposti si riservano la facoltà di richiedere ogni utile documentazione ai medici aspiranti.

La domanda di partecipazione e i relativi allegati (**unico pdf dimensione massima di 30 MB**) dovranno essere trasmessi entro il termine di scadenza sopra indicato al seguente indirizzo PEC **protocollo@pec.aslromag.it** riportando nell'oggetto della email di trasmissione il numero dell'Avviso.

Si comunica che gli eventuali incarichi provvisori, a tempo determinato e affidamento di sostituzione che dovessero rendersi disponibili verranno proposti mediante apposita comunicazione all'indirizzo e-mail (posta elettronica ordinaria) fornito obbligatoriamente dagli aspiranti sulla domanda di inclusione nella graduatoria aziendale.

Eventuali domande giunte successivamente saranno inserite in appositi elenchi per ciascuna attività e graduate con i medesimi criteri sopra indicati. Tali elenchi saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità dei medici già inseriti nella graduatoria aziendale di settore di cui al presente Avviso.

L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte comunicazioni del recapito da parte del medico aspirante o da mancata o tardiva comunicazione dell'indirizzo PEO indicato cui inviare le comunicazioni o per eventuali ritardi o disagi non imputabili all'amministrazione.

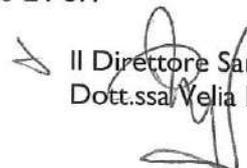
L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, prorogare, sospendere o revocare il presente Avviso (o parte di esso) qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse senza che gli interessati possano vantare diritti o pretese di sorta.

Per eventuali informazioni o chiarimenti inerenti il presente Avviso, gli interessati potranno rivolgersi alla UOC Gestione del Personale – Personale a Convenzione telefono 0774/701113-20-24-67.

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Velia Bruno



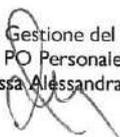
Il Direttore Generale  
Dott. Giorgio Giulio Santonocito



Il Direttore  
UOC Gestione del Personale  
Dott. Vincenzo Romeo



UOC Gestione del Personale  
Resp. PO Personale a Convenzione  
Dott.ssa Alessandra Maggiani



N. codice identificativo marca da bollo ( 14 cifre)

ASL ROMA 5  
U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE  
PERSONALE A CONVENZIONE  
VIA ACQUAREGNA 1-15  
00019 TIVOLI RM

PEC: [protocollo@pec.aslromag.it](mailto:protocollo@pec.aslromag.it)

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione delle Graduatorie Aziendali ASL ROMA 5 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e affidamento sostituzioni di medicina generale anno 2023.

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ recapito cell. \_\_\_\_\_

e – mail ordinaria(obbligatoria) \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**chiede** di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato con prot. n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

con scadenza in data \_\_\_\_\_ e dichiara la propria disponibilità a ricoprire incarichi in oggetto nelle attività

di: ( barrare tutte le caselle che interessano)

ASSISTENZA PRIMARIA(ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta)

CONTINUITA' ASSISTENZIALE(ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria)

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR

445/00 e s.m.i., **dichiara** :

1) di essere di essere in possesso di Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e abilitato

all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

2) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

3) di essere:

medico inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) di medicina generale anno 2023 in  
posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

medico NON inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) e :

a) Di aver / non aver (\*) conseguito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data  
di scadenza della presentazione della domande di inclusione in graduatoria regionale in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

- b) di essere / non essere (\*) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- c) Di essere/non essere (\*) iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- d) Di essere / non essere (\*) iscritto al \_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_

(\*) *cancellare le voci che non interessano*

I medici che hanno dato la propria disponibilità per le attività di medicina dei servizi territoriali dovranno compilare anche i seguenti campi ai sensi dell'art. 31 AIR/2006 :

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., **dichiara**

- di essere/non essere(\*) titolare di incarico di assistenza primaria con n. \_\_\_\_\_ scelte alla data del \_\_\_\_\_ presso la ASL \_\_\_\_\_
- di essere/non essere(\*) titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di continuità assistenziale presso la ASL \_\_\_\_\_
- di essere/non essere(\*) titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di medicina dei servizi territoriali presso la ASL \_\_\_\_\_

(\*) *cancellare le voci che non interessano*

**Chiede** che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Si impegna** a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato e chiesto.

**Autorizza** ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Il/la Richiedente

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

- n.b. Allego 1) copia documento valido di riconoscimento  
2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo**

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

( da allegare alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione delle graduatorie aziendali di medicina generale per l'anno 2023)

Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale ( art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445) trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 quanto segue:

**Spazio per l'apposizione della marca da bollo da € 16,00 da annullare con data e firma**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la domanda di partecipazione all'Avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la formazione delle Graduatorie Aziendali ASL ROMA 5 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori , a tempo determinato e affidamento sostituzione di medicina generale anno 2023 con la marca da bollo sopra apposta e annullata:  
Numero identificativo della marca da bollo ( 14 cifre) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli

Luogo e data

Firma autografa leggibile

**N.B.**

- 1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo ( annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto con firma autografa leggibile del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'Avviso per la formazione delle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi provvisori , sostituzione, a tempo determinato per le attività di medicina generale valevole per l'anno 2023.
- 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
- 3) Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato sia nel presente modulo che nell'apposito spazio posto sulla domanda di partecipazione