

U.O.C. GESTIONE DEL PERSONALE

AVVISO N. _____ del _____

Scadenza 12.01.2024

**AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ' PER
EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O AFFIDAMENTO
SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE - ANNO 2024**

Preso atto che sul BURL n. 96 del 30/11/2023 è stata pubblicata la graduatoria definitiva della medicina generale valida per l'anno 2024 (domande presentate entro il 31 gennaio 2023) - determinazione Regione Lazio del 24/11/2023 n. G15751.

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 della graduatoria aziendale di disponibilità all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione della medicina generale anno 2024.

Ai fini della formazione della graduatoria aziendale di medicina generale, i medici disponibili all'eventuale incarico provvisorio, a tempo determinato 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 2024 pubblicata sul BURL n. 96 del 30/11/2023 – determinazione Regione Lazio del 24/11/2023 n. G15751, 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.

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 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 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 e-mail indicato cui inviare le comunicazioni o per eventuali ritardi o disguidi 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 0774/701120-24-67.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Il Direttore Sanitario Aziendale f.f.
Dott. Franco Cortellessa

Il Direttore
UOC Gestione del Personale
Dott. Vincenzo Romeo

UOC Gestione del Personale
Resp. FO 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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale ASL ROMA 5 di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e affidamento sostituzioni di medicina generale (ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, medicina dei servizi territoriali) anno 2024.

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (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 _____.

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 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 (*barrare la casella che interessa*):
 - a) medico inserito nella graduatoria Regionale (Regione Lazio) di medicina generale anno 2024 in posizione _____ con punti _____;
 - b) di 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 _____;
 - c) di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale in data _____ presso _____;
 - d) di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - e) di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____;

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 smi 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 2024)

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 2024 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 2024.
- 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