

Prot. n. 108445 /ASL-LATINA/2023

Latina, 12.12.2023

AVVISO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI MEDICI DISPONIBILI AD EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE NELLA MEDICINA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E MEDICINA DEI SERVIZI.

VISTO che sul BURL n. 96 del 30/11/2023 è stata pubblicata la graduatoria unica definitiva della medicina generale valida per l'anno 2024.

In relazione al disposto di cui all'art. 19, comma 6, del vigente ACN del 28 aprile 2022, per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale, viene indetto il presente avviso per la formulazione di una graduatoria di disponibilità aziendale, valida per l'anno 2024, da utilizzare per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori nelle attività di Continuità Assistenziale, nelle attività della Medicina dei Servizi e nella Medicina Generale presso l'Azienda USL di Latina.

Possono presentare istanza per la partecipazione al presente avviso, secondo il seguente ordine di priorità:

- 1) i medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva secondo l'ordine di punteggio;**
- 2) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;**
- 3) i 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;**

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

- 4) i medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**
- 5) i medici iscritti ai corsi di specializzazione.**

I medici da 2) a 5) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in bollo secondo lo schema esemplificativo allegato, corredata della dichiarazione sostitutiva di certificazione **solo ed esclusivamente tramite posta certificata all'indirizzo concorsi@pec.asl.latina.it specificando nella dicitura "domanda avviso per graduatoria aziendale 2024"**

Nella dichiarazione di disponibilità gli interessati dovranno indicare l'indirizzo di posta elettronica leggibile, in quanto, verranno utilizzati gli indirizzi e-mail per rendere i tempi di contatto più rapidi.

La domanda dovrà pervenire **entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale**. Eventuali domande pervenute oltre il predetto termine saranno prese in considerazione solo nel caso di indisponibilità dei medici che hanno fatto domanda nei termini.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito aziendale: www.asl.latina.it avvisi e concorsi.

Il Direttore F.F.
U.O.C. Reclutamento del Personale
Dr. Paolo Margheron

Il Responsabile del Procedimento
Avv. Rosanna Schiavone

Marca da
bollo
vigente
€ 16,00

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE E PROVVISORI, AI SENSI DELL'A.C.N. DEL 28/04/2022 E S.M.I..

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ -
codice fiscale: _____ - nat_ a _____ prov.
_____ il ____/____/_____, residente a _____ prov. _____ in
_____ - telefono: _____ cellulare:
_____ e-mail: _____ Pec: _____

- iscritto nella Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2024, pubblicata sul BURL n. 96 del 30/11/2023;
- non iscritto nella Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2024, pubblicata sul BURL n. 96 del 30/11/2023.

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità in qualità di Medico nella Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Medicina dei Servizi Territoriali per il conferimento di incarichi di sostituzione, provvisori o a tempo determinato nell'Azienda Sanitaria Locale di Latina.

Allega alla presente:

I. autocertificazione

(data)

(firma)

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____ prov. _____ il ____/____/_____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data ____/____/____ - voto di laurea: _____;
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data ____/____/____;
3. di essere iscritt_ all' Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____ al n. _____;
4. di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente conseguito in data ____/____/____;
5. di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale presso _____ (specificare anno di frequenza);
6. di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____ presso _____;
7. di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede): _____
8. di avere/non avere condanne o procedimenti penali in corso _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione.

(data)

(firma)

La ASL di Latina si riserva di verificare la veridicità di quanto su dichiarato.