



PUBBLICATO IN DATA 26-03-2024

Avviso pubblico per la integrazione della graduatoria aziendale per l'anno 2024 utile al conferimento di incarichi a tempo determinato nei presidi di Guardia Medica Ordinaria, Guardia Medica Turistica e presso gli Istituti Penitenziari dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa.

In conformità quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 22 marzo 2017 pubblicato sulla GURS n. 14 del 7/04/2017 che prevede che " Ai medici è riconosciuta la possibilità di presentare istanza per l'assegnazione di incarichi provvisori e di sostituzione di continuità assistenziale nel periodo 1-30 aprile di ciascun anno solare." è indetto

AVVISO PUBBLICO

Per la integrazione della graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato nei presidi di Guardia Medica Ordinaria, Guardia Medica Turistica e presso gli Istituti Penitenziari dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa.

Potranno fare domanda : medici iscritti all'albo professionale.

Gli incarichi saranno assegnati secondo l'ordine di priorità indicato art. 2, comma 6, dell'ACN del 21/06/18, e come ribadito dalle direttive trasmesse con nota prot./Servizio 1/ n. 77213 del 2 dicembre 2019 del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia .

Tutti i medici interessati all'inclusione in graduatoria dovranno inviare la seguente modulistica (allegata al presente bando) più un valido documento di riconoscimento:

1. Istanza in bollo da € 16,00;
2. Assolvimento Imposta di Bollo;
3. Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio:

La domanda dovrà essere inviata unicamente tramite pec al seguente indirizzo: cure.primarie@pec.asp.sr.it
Tutta la modulistica dovrà OBBLIGATORIAMENTE essere inviata in formato PDF. Non saranno accettati altri formati diversi dal quanto richiesto.

LAUREA CONSEGUITA PRESSO UNIVERSITA' STRANIERE

Ai fini dell'attribuzione della priorità i medici in possesso di titoli di studio conseguiti presso Università straniere e redatti in lingua straniera dovranno allegare in formato pdf copia dei titoli debitamente tradotti e legalizzati, nonché corredati dalla dichiarazione di valore rilasciata dalla Rappresentanza italiana competente per territorio. Tale documentazione deve riportare il voto di laurea, indicando, altresì, il voto minimo e massimo del Paese in cui è rilasciato il titolo.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio dei titoli, la valutazione dei titoli conseguiti presso Università straniere sarà effettuata tenendo conto della tabella di conversione dei Titoli stranieri presente sul sito del MIUR a disposizione all'indirizzo <http://www.universitaly.it> sulla base della seguente formula:

$$Voto = \frac{V - V_{min}}{V_{max} - V_{min}} * (I_{max} - I_{min}) + I_{min}$$

V = Voto da convertire

V min = Voto minimo per la sufficienza nell'Università di provenienza

V max = Voto massimo nell'Università di provenienza

I min = Voto minimo per la sufficienza nelle Università Italiane (= 66/110)

I max = Voto massimo nelle Università Italiane (= 110/110)

Si intendono prodotte in tempo utile le domande trasmesse entro le ore 24,00 del 30 Aprile, pena esclusione.

Il Direttore ad interim
UOC Cure Primarie
Dott. Lorenzo Spina

- DI AVER ACQUISITO L'ATTESTATO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - NO
 - SI, IN DATA _____

- DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - NO
 - SI, CON DECORRENZA DAL _____

- DI ESSERE ISCRITTO ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
 - NO
 - SI, IN _____
CON DECORRENZA DAL _____ PRESSO _____

- DI ESSERE TITOLARE DI BORSA DI STUDIO
 - NO SI

- DI ESSERE TITOLARE DI DOTTORATO DI RICERCA
 - NO
 - SI, RETRIBUITO / NON RETRIBUITO (CANCELLARE LA PARTE DI NON INTERESSE)

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, anche con strumenti informatici, dalla ASP di Siracusa, titolare del trattamento, nel rispetto dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003; all'art. 13 GDPR 679/16 e successive ed integrazioni previste dal D. Lgs n. 101/18.

SI ALLEGA: 1. MODULO PER ASSOLVIMENTO IMPOSTA BOLLO;

2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO (EX ALLEGATO L)

3. COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Sono consapevole che, così come previsto dalla vigente normativa, le future comunicazioni di codesta Azienda riguardanti il conferimento di eventuali incarichi avverranno tramite PEC.

DATA _____

FIRMA _____

- ✓ *SI INVITA A COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO*
- ✓ *SI INVITA DI COMUNICARE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE (ISCRIZIONE AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE, CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE, ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE O CONSEGUIMENTO DELL'ATTESTATO, VARIAZIONE DI RESIDENZA O DOMICILIO ECC.....) INVIANDOLA AL SEGUENTE INDIRIZZO PEC CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT. LE COMUNICAZIONI CHE COMPORTANO VARIAZIONE DELLA POSIZIONE IN GRADUATORIA DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATE DALL'INVIO DI NUOVA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO*
- ✓ *LA DOMANDA DEVE ESSERE TRASMESSA **UNICAMENTE** TRAMITE PEC, INDIRIZZATA AL SEGUENTE INDIRIZZO*

CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT



ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO
ai sensi dell'art' 642/1972
DICHIARAZIONE
ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

La/Il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ (Prov.) ____ / /

residente a _____

Via/p.zza _____ n. _____

Cod. Fisc.

Con riferimento alla domanda _____

Essendo obbligatorio indicare, negli atti e nella modulistica informatica, la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in casi di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA,

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca sul cartaceo della domanda trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo, a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha

IDENTIFICATIVO

Data _____

_____ *firma*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SITUAZIONE GIURIDICA E INCOMPATIBILITA'
(ART.47 DPR 28/12/2000, N .445)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ iscritto/a
all'Albo dei _____ della Provincia di _____
ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

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, o altri rapporti di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
2. esercitare/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale (2):
Attività _____
3. essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitino attività che configurino conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale (2):
Impresa o società _____
4. svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N: Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
5. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'ASP di _____ ambito territoriale di _____
6. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) (2):
A.S.P. _____ branca _____ ore sett. _____
A.S.P. _____ branca _____ ore sett. _____
7. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'Azienda o dell'INPS funzioni fiscali nell'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriale (2):
A.S.P./INPS _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
8. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

9. opera/non opera (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10. intrattenere/non intrattenere (1) con una Azienda sanitaria un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (2):

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

11. essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia (2):

Corso _____ Ente _____

Periodo: dal _____

12. fruire/non fruire (1) 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 fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022) (2):

13. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (2):

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

14. di essere a conoscenza di quanto previsto dall'articolo 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022.

NOTE _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede

data _____

Firma _____

Allegare copia del documento di identità

(1) - cancellare la parte che non interessa

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

"NOTE".