

Regione  
Lombardia

ASL Pavia

31 DIC. 2015

1.4.15 / 85662

## AVVISO PUBBLICO

### FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ASL DI PAVIA PERIODO 1/4/2016 - 31/3/2017

**SCADENZA: entro le ore 12 del 20/1/2016**

In esecuzione del decreto aziendale n. 323/DGi del 29/12/2015 è indetto avviso pubblico volto alla formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale.

La graduatoria sarà predisposta ai sensi dell'art.70, della norma finale n.5 e della norma transitoria n. 4 dell'ACN per la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale vigente.

#### **Requisiti di ammissione per la partecipazione al presente avviso:**

- Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione.
- Iscrizione all'Ordine dei Medici.
- Assenza di provvedimenti a proprio carico di sospensione, dispensa o destituzione dal pubblico impiego.
- Assenza di attività incompatibili, come previsto dall'art. 17 del vigente ACN.
- Patente B e disponibilità di proprio automezzo

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda, ad eccezione dell'assenza di incompatibilità che dovrà sussistere all'atto del conferimento dell'incarico.

## Domanda di ammissione

La domanda di partecipazione deve essere redatta utilizzando l'apposito modello scaricabile unitamente al presente avviso dal sito web dell'Asl di Pavia ([www.asl.pavia.it](http://www.asl.pavia.it)) alla sezione "Concorsi e Avvisi" completo in ogni sua parte.

Nella domanda il candidato sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR medesimo, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, deve dichiarare:

- cognome e nome
- la data, il luogo di nascita;
- luogo di residenza, indirizzo e recapito telefonico, indirizzo posta elettronica;
- possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, data di conseguimento e voto;
- possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo e data conseguimento;
- iscrizione all'Albo professionale;
- di non avere procedimenti penali in atto o carichi pendenti;
- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non aver subito provvedimenti di revoca o decadenza dal rapporto convenzionale di medico di medicina generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale)
- eventuale possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai decreti legislativi 256/91, 17/08/1999 n.368 e 8/7/2003 n. 277;
- eventuale attività di servizio svolta presso la continuità assistenziale dell'Asl di Pavia o presso altra ASL, dall'1/01/2010 al 31/12/2015.

La domanda deve essere firmata: ai sensi dell'art.39, comma 1 DPR445/2000 non è richiesta l'autentica della firma.

Alla domanda dovrà essere allegato:

fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità

- Autocertificazione informativa (ai sensi artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445) (**allegato 1**)
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000) (**allegato n 2**)

## **Presentazione della domanda: termini e modalità:**

I medici interessati dovranno presentare la domanda di partecipazione che **dovrà pervenire, a prescindere dalla modalità di trasmissione, entro e non oltre le ore 12 del 20/01/2016.**

Le domande di partecipazione devono essere prodotte unicamente attraverso una delle seguenti modalità:

### invio tramite PEC .

Le domande saranno ritenute valide se effettuate secondo quanto previsto dall'art. 65 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n.82, inoltre si specifica che:  
la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale (posta PEC personale);  
non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata a PEC Aziendale ovvero da PEC non personale; devono essere inviate al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.asl.pavia.it;

spedizione a mezzo postale con raccomandata A/R all'Asl di Pavia-Ufficio protocollo- Viale Indipendenza 3- 27100 Pavia, non fa fede il timbro postale;

consegna a mano all'Ufficio protocollo dell'Asl di Pavia \_ Viale Indipendenza 3 nei seguenti orari di apertura al pubblico:

- dal lunedì al giovedì dalle 8,30 alle 12 e dalle 14 alle 16
- venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,00.

L'Azienda declina ogni responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore.

## **Criteri per la formulazione della graduatoria:**

La graduatoria avrà validità annuale, dall'1/4/2016 al 31/03/2017 e sarà articolata nelle sette sezioni sotto riportate:

- I. Medici presenti nella graduatoria regionale di settore della Lombardia valida per l'anno 2016;
- II. Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente, non presenti nella graduatoria di settore della Regione Lombardia ;
- III. Medici in attività presso il servizio nella Centrale di Coordinamento dell'ASL di Pavia;
- IV. Medici che hanno espletato il servizio di Guardia Medica Turistica nell'Asl di Pavia nell'anno 2015;
- V. Medici esclusi dalle categorie di cui sopra e non iscritti a corsi di formazione o specializzazione;
- VI. Medici iscritti a corsi di formazione specifica in medicina generale;
- VII. Medici iscritti a corsi di specializzazione.

La graduatoria verrà utilizzata secondo le necessità aziendali e verrà trimestralmente aggiornata unicamente per le eventuali variazioni che comportano lo spostamento del medico da una sezione all'altra.

All'interno di ciascuna categoria i medici verranno graduati in base ai seguenti criteri:

- residenti nell' ASL di Pavia (10 punti);
- residenti nella Regione Lombardia (10 punti).
- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolta nell'ASL di Pavia, dall'1/1/2010 al 31/12/2015, ragguagliata a 96 ore mensili (punti 0,40 per mese);
- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolte in altre ASL, dall'1/1/2010 al 31/12/2015, ragguagliata a 96 ore mensili (punti 0,20 per mese);

A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

Gli incarichi verranno assegnati scorrendo nell'ordine le sezioni, avranno validità non superiore ai 12 mesi e per un monte ore settimanale pari a 24.

Ai medici delle sezioni VI e VII potranno essere attribuiti anche incarichi per un monte ore inferiore al solo fine di garantire il servizio.

La mancata accettazione dell'incarico al momento della chiamata comporterà l'ultimo posto in graduatoria con mantenimento del punteggio.

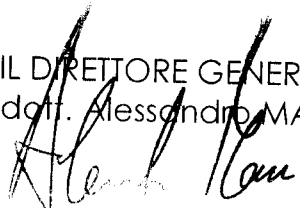
Gli incarichi si interrompono anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura delle ore vacanti (art.63 ACN 29/7/2009).

Il conferimento degli incarichi verrà effettuato nel rispetto delle norme giuridico-economiche previste dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli accordi integrativi regionali vigenti.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi al Dipartimento Cure Primarie – Ufficio Continuità Assistenziale dell'ASL della Provincia di Pavia dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 (stanza 245 – tel. 0382/431337-431283).

Pavia, .....

IL DIRETTORE GENERALE  
(dot. Alessandro MAURI)



## MODELLO DOMANDA

Spett.le  
ASL della Provincia di Pavia  
Servizio Continuità Assistenziale  
Viale Indipendenza 3  
27100 PAVIA

Il sottoscritto .....nato a .....

Prov.....il.....Codice Fiscale.....

Residente a .....Prov.....Cap.....

Via .....nr.....Tel.....

Domiciliato a .....Prov.....Cap.....  
(solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo mail.....

## CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALL'AVVISO PER LA FORMAZIONE  
DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILTA'  
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO  
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INDETTO DA CODESTA ASL  
PERIODO 1/4/2016 – 31/3/2017**

in particolare rientra nella sezione:

- 1.MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE LOMBARDIA valida per l'anno 2016
- 2.MEDICI IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE O TITOLO EQUIPOLLENTE
- 3.MEDICI IN ATTIVITA' PRESSO IL SERVIZIO DI CENTRALE DI COORDINAMENTO PRESSO L'ASL DI PAVIA
- 4.MEDICI CHE HANNO ESPLETATO IL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA TURISTICA NELL'ASL DI PAVIA NELL'ANNO 2015
- 5.MEDICI ESCLUSI DAI PUNTI 1-2-3-4
- 6.MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE
- 7.MEDICI ISCRITTI A CORSI DI SPECIALIZZAZIONE

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n° 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

## DICHIARA

Di essere cittadino .....

Di essere in possesso della Laurea in medicina e Chirurgia conseguita in data .....  
Presso l'Università di ..... voto laurea .....

Di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita  
in data ..... presso l'Università di.....

Di essere iscritto all'Albo Professionale di  
.....

Di avere/non avere precedenti penali  
(cancellare la voce che non interessa)

Di avere/non avere pendenze penali  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di settore (Continuità Assistenziale)  
valevole per l'anno 2016  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in  
data.....  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale: indicare data di  
presunto conseguimento dell'Attestato.....  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere/non essere iscritto ai Corsi di Specializzazione di cui al D.L. 257/1991 e corrispondenti  
norme di cui al D.L. 368/1999:  
denominazione del corso.....  
soggetto pubblico che lo svolge.....  
con inizio dal.....  
(cancellare la voce che non interessa)

Di essere in possesso della patente B

Di essere avere la disponibilità di proprio automezzo

Indica come segue il domicilio (se diverso dalla residenza) presso il quale chiede gli vengano inoltrate le comunicazioni relative al presente avviso

.....

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- .di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso;
- .di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs 30/6/2003 n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

data.....

.....  
firma

- all.:
- . fotocopia fronte/retro del documento di identità
  - . Autocertificazione Informativa (ai sensi artt. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000, n.445) (allegato 1)
  - . Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi art. 47 DPR 445/2000) (allegato n.2)

**DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO**

Si allega fotocopia fronte\_retro documento di identità n.....rilasciato il  
.....da.....



Regione  
Lombardia

ASL Pavia

Allegato n. 1

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato L dell' ACN per la  
medicina generale del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto

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(2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro

\_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**2) essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_



**3) essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte

Periodo dal \_\_\_\_\_

**4) essere/non essere** (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

**5) essere/non essere** (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

**6) avere/non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**7) essere/non essere** (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

**8) essere/non essere iscritto** (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

**9) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di Lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**10) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

(2) organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

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

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**12) svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o dell' Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**13) avere/non avere** (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**14) essere/non essere** (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15) 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 \_\_\_\_\_

**16) 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 \_\_\_\_\_

**17) essere/non essere** (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**18) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**19) essere/non essere titolare** (1) di trattamento di pensione a :(2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**20) fruire/non fruire** (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto \_\_\_\_\_ erogante \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

**NOTE**

---

---

---

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (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"

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio**  
ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000

**Allegato n. 2**

Allegato parte integrante e sostanziale di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL della Provincia di Pavia.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

in relazione all'avviso anzidetto consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 "decadenza dei benefici", 76 "norme penali" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art.496 "False dichiarazioni sulle identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell' art.47 del DPR n.445/2000,

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl di PAViA

ANNO	ORE
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl  
di \_\_\_\_\_

<b>ANNO</b>	<b>ORE</b>
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl  
di \_\_\_\_\_

<b>ANNO</b>	<b>ORE</b>
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl  
di \_\_\_\_\_

<b>ANNO</b>	<b>ORE</b>
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl  
di \_\_\_\_\_

<b>ANNO</b>	<b>ORE</b>
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Asl  
di \_\_\_\_\_

<b>ANNO</b>	<b>ORE</b>
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

Data.....

.....  
firma

---

**DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO**

Si allega fotocopia fronte\_retro documento di identità n.....rilasciato il  
.....da.....