

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 4
N. 287/AV4 DEL 22/05/2015**

**Oggetto: [ATTIVAZIONE SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA TURISTICA PER L'ANNO
2015 NEI COMUNI DI PORTO SANT'ELPIDIO E PORTO SAN GIORGIO]**

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 4**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Responsabile del Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;;

- D E T E R M I N A -

1. La premessa istruttoria costituisce parte integrante del presente provvedimento
2. Di istituire dal 6 Luglio al 23 agosto 2015 il servizio di Guardia Medica Turistica diurno in considerazione del notevole afflusso di turisti presso questa Area Vasta n. 4. Le postazioni e le articolazioni del servizio sono quelle di seguito riportate:

SEDE	LOCALI	GIORNI	ORARIO	NOTE
Porto San Giorgio	Ospedale	Tutti	8 -20	Dal 18 luglio al 22 agosto raddoppio C.A.
Porto Sant'Elpidio	Croce Verde	Tutti	8 – 12 / 16 - 20	

3. Di approvare quale parte integrante e sostanziale del presente atto l'allegato avviso pubblico (All.A), l'allegato fac-simile di domanda (All.B) per il conferimento di incarichi provvisori relativi all'espletamento del Servizio di Guardia Medica Turistica, nel periodo 06/07/2015 – 23/08/2015 nei comuni di Porto Sant'Elpidio e Porto San Giorgio.
4. Di stabilire a carico degli assistiti residenti fuori dalla Regione Marche, per lo svolgimento dell'attività di Guardia Medica Turistica anche in ore notturne, prefestive o festive, le seguenti quote di partecipazione alla spesa:

- a. VISITA AMBULATORIALE Euro 15,00
- b. VISITA DOMICILIARE Euro 25,00

Le quote verranno rimosse direttamente dal medico, che svolge il Servizio di Guardia Medica Turistica e di Continuità Assistenziale, in tutte le postazioni dell'Area Vasta. I suddetti medici sono tenuti a rilasciare ricevuta a ricalco e a trascrivere sull'apposito registro il tipo di prestazioni eseguite, nonché i dati che consentano l'individuazione del soggetto assistito: nome e cognome, residenza, Area Vasta di iscrizione e codice fiscale ai fini statistici e dei previsti recuperi.

5. Di stabilire che le quote dovranno essere versate dal medico all'Area Vasta che poi provvederà a rendere al medico di Guardia Turistica il 50% delle quote versate; il medico di Continuità Assistenziale per le prestazioni effettuate nelle ore notturne tratterà l'intero importo.
6. Di prendere atto, valutata la spesa relativa registrata per l'anno 2014, che la spesa presunta complessiva per la GUARDIA MEDICA TURISTICA di circa € 32.461,00 troverà adeguata copertura in sede di Budget 2015 così come provvisoriamente assegnato, con registrazione ai conti: n. 0505020301 (competenze fisse), n. 0505020302 (competenze accessorie) e n. 0505020303 (oneri sociali)
7. Di dare mandato all'Unità Operativa Farmaceutica di dotare i punti di guardia dei medicinali e materiali indispensabili, al Servizio Provveditorato di provvedere alla stampa di manifesti e delle locandine e al Servizio Bilancio di assumere ogni atto di competenza.
8. Di emettere all'uopo Avviso Pubblico secondo l'allegato che fa parte integrante del presente atto.
9. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.l
10. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.l.
11. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m., stante l'esigenza di attivare il servizio

Firma
IL Direttore dell'Area Vasta n.4
Dott. Alberto Carelli

Per il parere infrascritto

BILANCIO:

Il sottoscritto, vista la proposta di determina, attesta che i costi di cui al presente atto rientrano nell'effettiva disponibilità economica nei conti di riferimento del budget per come provvisoriamente assegnato.

Il Dirigente U.O.C. Bilancio
Dott. Luigi Stortini

La presente determina consta di n. _____ pagine di cui n. _____ pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**(U.O. C. Direzione Amministrativa Territoriale – U.O.S. Convenzioni)**

L'art 32 dell' Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto in data 23.3.2005 in merito "all'Assistenza ai turisti" prevede che le Aziende nel cui territorio si trovano località a forte flusso turistico organizzino il Servizio utilizzando i medici di Medicina Generale convenzionati, inseriti nel relativo ambito territoriale sia in relazione alle attività di Assistenza Primaria che di Continuità Assistenziale, e che le visite sono compensate direttamente dell'assistito con le seguenti tariffe omnicomprehensive:

VISITA AMBULATORIALE	15,00
VISITA DOMICILIARE	25,00

Pertanto ai medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale va affidata l'assistenza a persone non residenti (turisti) nei rispettivi orari e secondo le specifiche modalità di servizio, ma a fronte di una insufficiente disponibilità per assicurare il servizio occorre procedere all'emanazione di un Avviso Pubblico per reperire i medici necessari.

Con nota del 01.06.2006 prot. n. 118060/S04/SOP/AA il Servizio Salute della Regione Marche ha precisato che dal momento in cui nella Zona viene istituita l'assistenza ai turisti, i cittadini non residenti nell'ambito della stessa pagheranno sia le prestazioni rese dai medici della Guardia Medica Turistica che effettueranno il loro servizio di giorno sia le prestazioni rese dai medici di Continuità Assistenziale nelle ore notturne, con le tariffe previste per le visite occasionali di cui all'art.57.

La Giunta della Regione Marche con DGRM n. 751 del 2 luglio 2007 ha adottato il nuovo Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale. Tale Accordo Integrativo Regionale all' Art. 36 – ASSISTENZA AI TURISTI- precisa che l'organizzazione del servizio dovrà essere anticipatamente concordata con l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale e che qualora non fosse possibile garantire la copertura dell'assistenza ai turisti mediante i medici di Assistenza Primaria, le Zone Territoriali potranno pubblicare orari aggiuntivi di Continuità Assistenziale. Tale servizio verrà compensato al medico con una quota oraria pari a quella prevista dall'ACN per l'ordinario servizio notturno e festivo. Durante la guardia turistica, i medici provvederanno a riscuotere dagli assistiti residenti fuori dalla Regione Marche le quote previste per le visite occasionali. Le quote dovranno essere versate dal medico alla zona Territoriale organizzatrice del servizio, la quale provvederà a rendere al medico un minimo del 25% delle quote versate. Qualora venga istituito un servizio aggiuntivo di guardia turistica, nell'avviso di selezione per i medici dovrà essere chiaramente indicata l'entità del compenso."

Con nota prot. n. 0023933 del 14.05.2015 la Direzione di Area Vasta disponeva quanto segue e chiedeva il relativo parere ai Componenti sindacali del Comitato Aziendale:

Considerato il notevole afflusso di turisti presso questa Area Vasta nel periodo estivo, tenuto conto che non è possibile l'esclusiva utilizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta per l'assistenza di cui sopra, si ritiene opportuno, non essendo variate le condizioni rispetto agli anni precedenti, istituire, ai sensi dell'A.I.R. vigente, il servizio di Guardia Medica Turistica diurno nel modo seguente e per il periodo dal 6 luglio al 23 agosto 2015:

SEDE	LOCALI	GIORNI	ORARIO	NOTE
Porto San Giorgio	Ex ospedale	Tutti	Dalle ore 8 alle ore 20	Dal 18 luglio al 22 agosto raddoppio C.A.
Porto Sant'Elpidio	Croce verde	Tutti	Dalle ore 8 alle ore 12 – dalle ore 16 alle ore 20	

Quanto precede per un totale di n. 980 ore circa e n. 564 ore circa di raddoppio.

Si precisa che i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta continueranno a svolgere la loro attività, per gli assistiti non residenti, presso i loro studi medici applicando le tariffe previste dai rispettivi accordi collettivi nazionali.

Nelle ore notturne si farà riferimento ai medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale.

Il compenso dovuto ai medici incaricati del Servizio di Guardia Medica Turistica è equiparato a quello dei medici addetti alla Continuità Assistenziale (notturna, prefestiva e festiva).

Per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa, da porre a carico degli assistiti residenti fuori dalla Regione Marche, per lo svolgimento dell'attività di Guardia Medica Turistica anche in ore notturne, prefestive o festive, si applicano le seguenti tariffe previste dall'AIR vigente:

- a) Euro 15,00 per l'esecuzione della visita ambulatoriale
- b) Euro 25,00 per l'esecuzione della visita domiciliare

La riscossione delle quote di partecipazione dovute dai cittadini assistiti è posta a carico del medico che sarà tenuto a rilasciare apposita ricevuta a ricalco.

Le quote dovranno essere versate dal medico all'Area Vasta che poi provvederà a rendere al medico di guardia turistica il 50% delle quote versate; il medico di continuità assistenziale per le prestazioni effettuate nelle ore notturne tratterà l'intero importo.

L'esecuzione delle prestazioni deve essere trascritta da parte del medico su apposito registro che consenta l'individuazione del soggetto assistito, della sua residenza, della ASL/Area Vasta di iscrizione e del suo codice fiscale.

Gli incarichi di Guardia Turistica sono conferiti per un impegno settimanale massimo di n. 24 ore.

Gli incarichi verranno conferiti con pubblicazioni di orari aggiuntivi di Continuità Assistenziale, in base ad una graduatoria di Area Vasta, secondo le previsioni della normativa vigente.

Il Servizio Farmaceutico provvederà a dotare i punti di guardia medica di medicinali e materiale indispensabile; il Servizio Provveditorato provvederà alla stampa dei manifesti e delle locandine, il Servizio Bilancio ad ogni adempimento relativo alla rendicontazione ed incasso e comunque ad ogni attività di competenza.

Si prende atto che, entro la data sopraindicata, è pervenuto parere favorevole da parte dell'Intesa sindacale SIMeT.

Per quanto sopra si predispone il seguente provvedimento del Direttore di Area Vasta su disposizione dello stesso:

1. La premessa istruttoria costituisce parte integrante del presente provvedimento
2. Di istituire dal 6 Luglio al 23 agosto 2015 il servizio di Guardia Medica Turistica diurno in considerazione del notevole afflusso di turisti presso questa Area Vasta n. 4. Le postazioni e le articolazioni del servizio sono quelle di seguito riportate:

SEDE	LOCALI	GIORNI	ORARIO	NOTE
Porto San Giorgio	Ospedale	Tutti	8 -20	Dal 18 luglio al 22 agosto raddoppio C.A.
Porto Sant'Elpidio	Croce Verde	Tutti	8 – 12 / 16 - 20	

3. Di approvare quale parte integrante e sostanziale del presente atto l'allegato avviso pubblico (All.A), l'allegato fac-simile di domanda (All.B) per il conferimento di incarichi provvisori relativi all'espletamento del Servizio di Guardia Medica Turistica, nel periodo 06/07/2015 – 23/08/2015 nei comuni di Porto Sant'Elpidio e Porto San Giorgio.
4. Di stabilire a carico degli assistiti residenti fuori dalla Regione Marche, per lo svolgimento dell'attività di Guardia Medica Turistica anche in ore notturne, prefestive o festive, le seguenti quote di partecipazione alla spesa:
 - a. VISITA AMBULATORIALE Euro 15,00
 - b. VISITA DOMICILIARE Euro 25,00

Le quote verranno rimosse direttamente dal medico, che svolge il Servizio di Guardia Medica Turistica e di Continuità Assistenziale, in tutte le postazioni dell'Area Vasta. I suddetti medici sono tenuti a rilasciare ricevuta a ricalco e a trascrivere sull'apposito registro il tipo di prestazioni eseguite, nonché i dati che consentano l'individuazione del soggetto assistito: nome e cognome, residenza, Area Vasta di iscrizione e codice fiscale ai fini statistici e dei previsti recuperi.

5. Di stabilire che le quote dovranno essere versate dal medico all'Area Vasta che poi provvederà a rendere al medico di Guardia Turistica il 50% delle quote versate; il medico di Continuità Assistenziale per le prestazioni effettuate nelle ore notturne tratterà l'intero importo.
6. Di prendere atto, valutata la spesa relativa registrata per l'anno 2014, che la spesa presunta complessiva per la GUARDIA MEDICA TURISTICA di circa € 32.461,00 troverà adeguata copertura in sede di Budget 2015 così come provvisoriamente assegnato, con registrazione ai conti: n. 0505020301 (competenze fisse), n. 0505020302 (competenze accessorie) e n. 0505020303 (oneri sociali)
7. Di dare mandato all'Unità Operativa Farmaceutica di dotare i punti di guardia dei medicinali e materiali indispensabili, al Servizio Provveditorato di provvedere alla stampa dei manifesti e delle locandine e al Servizio Bilancio di assumere ogni atto di competenza.
8. Di emettere all'uopo Avviso Pubblico secondo l'allegato che fa parte integrante del presente atto.
9. Di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.l
10. Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.l.
11. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m., stante l'esigenza di attivare il servizio

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Giorgia Scarpantoni

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Francesco Paletti

Il Dirigente U.O.C. DAT
Dr. Pazzi Valter

- ALLEGATI -

ALLEGATO A

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI RELATIVI ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA TURISTICA, NEL PERIODO 06/07/2015 – 23/08/2015, NEI COMUNI DI PORTO SAN GIORGIO – PORTO SANT'ELPIDIO DELL'AREA VASTA N.4 DI FERMO.

SI RENDE NOTO

Che la Area Vasta n. 4 di Fermo procederà al conferimento di incarichi a termine per l'espletamento del Servizio Stagionale di assistenza Sanitaria agli assistiti non residenti, a decorrere dal 06/07/2015 al 23/08/2015 presso le postazioni situate nei Comuni di Porto Sant'Elpidio e Porto San Giorgio dell'Area Vasta medesima.

I medici interessati saranno graduati secondo quanto stabilito dall'art. 70°.C.N. MMG del 27.07.2009 dalla circolare regionale prot. n. 118060/SOP/AA del 01/06/2006 e dal Nuovo Accordo Integrativo regionale per la Medicina Generale (Norma Finale 9), come di seguito specificato:

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15,c.12) - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 2)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
		residenti fuori Regione	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
2	Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4) - non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.a)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.b)	graduati secondo: 1.minore età al momento del conseguimento laurea 2.voto di laurea 3.anzianità di laurea

3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.c)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.d)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.e)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		residenti nella Regione Marche (lett.f)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento
5a	Medici iscritti corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.g)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.h)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
5b	Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico(lett.i)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.j)	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea

6	Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazioni /corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe. (lett.k)
----------	---	---

Le attività non espressamente previste all'art.16 dell' ACN MG 08/07/2010 non possono e non verranno valutate così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

N.B. per tutte le categorie deve essere data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.

I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:

- a) in originale o copia autenticata ai sensi di legge;
- b) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 (allegato C alla domanda);
- c) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000(allegato D alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente alla dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (allegato E alla domanda)

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto E) se non sottoscritta in presenza del funzionario ricevente, deve essere spedita unitamente **a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.**

Dal 1° gennaio 2012, secondo quanto disposto dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183, l'Area Vasta n. 4 di Fermo non può accettare certificati rilasciati da Pubbliche amministrazioni, che restano utilizzabili solo nei rapporti tra privati; detti certificati devono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 o dall'acquisizione d'ufficio delle informazioni necessarie, previa accurata indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle stesse.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità delle veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e negli eventuali documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie degli eventuali documenti prodotti.

L'Amministrazione procede a verifiche a campione e qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici

eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; tale dichiarazione inoltre, quale “dichiarazione mendace”, è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e nei casi più gravi il giudice può applicare l’interdizione temporanea dai pubblici uffici.

La mancata produzione di un valido documento d’identità o la produzione di un documento d’identità non in corso di validità è causa di esclusione dei candidati partecipanti al presente avviso.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

N.B. Ai candidati che hanno partecipato all’Avviso Anno 2014 e che sono presenti nella graduatoria realizzata per il conferimento di incarichi a termine per l’espletamento del Servizio Stagionale di assistenza Sanitaria agli assistiti non residenti in questa Area Vasta n. 4 di Fermo **Anno 2014**, di cui alla Determina n. 376 del 07.07.2014, **verrà assegnato il medesimo punteggio, acquisito agli atti, per titoli di studio e per i titoli di servizio già autocertificati dai candidati medesimi**: gli stessi dovranno quindi **autocertificare solo ed esclusivamente i titoli di servizio maturati nei mesi successivi alla pubblicazione dell’Avviso suddetto Anno 2014.**

I candidati che non hanno partecipato all’Avviso suddetto Anno 2014 dovranno autocertificare ex novo e i toto i titoli di studio e di servizio.

Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell’anno sono sommate. L’eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 gg è valutato come mese intero.

Relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48.

I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dall’art.16 ACN.

I medici interpellati per il conferimento dell’incarico, che rifiutino l’assegnazione dei turni, verranno d’ufficio cancellati dalla graduatoria

I medici che accettano l’incarico sono tenuti a svolgere i turni assegnati, pena la decadenza dall’incarico e la cancellazione dalla graduatoria. Nel caso in cui i medici suddetti siano impossibilitati ad effettuare personalmente i turni, per documentati motivi da comunicare tempestivamente alla Zona, quest’ultima provvederà alla rassegnazione dei turni stessi.

I medici incaricati, dei quali sia accertata una posizione di incompatibilità ai sensi dell’art. 17 dell’ACN, decadranno dall’incarico e verranno cancellati dalla graduatoria.

In ogni caso di cessazione dell'incarico: per rinuncia, decadenza ed altro, l'Amministrazione ha la facoltà di fare ricorso allo scorrimento della graduatoria.

Nel caso invece di temporanea indisponibilità da parte del medico incaricato alla copertura dei turni assegnati, l'Amministrazione procederà alla ridistribuzione degli stessi agli altri medici incaricati.

Le quote dovranno essere versate dal medico all'Area Vasta che poi provvederà a rendere al medico di guardia turistica il 50% delle quote versate; il medico di continuità assistenziale per le prestazioni effettuate nelle ore notturne tratterrà l'intero rapporto.

Gli aspiranti dovranno presentare **domanda redatta esclusivamente secondo il modello che si allega al presente avviso, A PENA DI ESCLUSIONE**, (che è acquisibile anche c/o l'Area Vasta n. 4 U.O.S. Gestione Personale Medico Convenzionato tel. 0734 6252008) al seguente indirizzo:

**AI DIRETTORE A.S.U.R. – AREA VASTA n. 4
VIA ZEPPILLI 18 63900 FERMO**

Le domande dovranno pervenire perentoriamente entro e non oltre il (15° giorno dalla data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo Pretorio on- line di questa AV4 di Fermo rinvenibile al sito www.asurzona11.marche.it) pena l'esclusione dalla graduatoria.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate e non pervenute entro il termine sopra indicato.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Per ulteriori informazioni telefonare al n. 0734 6253405

La graduatoria sarà pubblicata sul sito ufficiale dell'AV4 di Fermo.

L' Area Vasta si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso.

**IL DIRETTORE AREA VASTA n. 4
Dott. Alberto Carelli**

ALLEGATO B

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TERMINE NEL SERVIZIO DI
GUARDIA MEDICA TURISTICA PRESSO L'AREA VASTA n. 4 DI FERMO ANNO 2015
PERIODO 06/07/2015 – 23/08/2015

AL DIRETTORE DI AREA VASTA n. 4

Via Zeppilli 18

63900 FERMO

Il/La sottoscritto/a Dott.....

Nato a _____ il _____ residente a _____

prov. _____, indirizzo _____

Cap _____, tel. _____ codice fiscale _____

Chiede

di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di Continuità Assistenziale, per il periodo 06/07/2015 – 23/08/2015 presso l'Area Vasta n.4 di Fermo. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto: (barrare con una crocetta la categoria di appartenenza)

- ☐ 1) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art.15 c.12 A.C.N.) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.2 AIR).
- ☐ 2) Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale(art.15 c.12-norma trans. 4 ACN) – non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin.9 c.4 AIR)
- ☐ 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).

- ☐ **4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin. 5 ACN) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).**
- ☐ **5a) Medici iscritti a corso di formazione specifica in M.G. anno _____ non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato.**
- ☐ **5b) Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie anno _____ non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato.**
- ☐ **6) Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).**

DICHIARA INOLTRE:

- **di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, co. 1, lett. a)b)c)d)e) e co. 2 lett. a)b)c)d)f) ACN;**
- **di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/06 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

In fede

Data _____

Firma (per esteso)_____

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Art. 46 DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto Dr. _____ consapevole
delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000

dichiara di essere in possesso di

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in
data _____ con voto _____/110

Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____
In data _____

Iscrizione all'Ordine dei Medici di _____ da _____

Specializzazione o libera docenza in Medicina Generale o discipline equipollenti

- a) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____
b) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____

Specializzazione o libera docenza in discipline affini alla medicina generale:

- a) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____
b) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____

Attestato di formazione in medicina generale (D. Lgs. N. 256/91, 368/99, 277/03)

Conseguito il _____ presso _____

Data inizio corso _____ data fine corso _____

Data _____

Firma dichiarante _____

Informativa art. 13 D.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolari del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le certificazioni di cui all'art. 46 del D.P.R. AN. 445/2000 e s.m.i.

ALLEGATO D
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47 DPR n. 445 del 28.12.2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA

Il sottoscritto Dr. _____ consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000

**dichiara
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

- 1 Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione Marche:

dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____

- 1a Medico di assistenza primaria convenzionato compresa attività svolta in qualità di associato:

dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____

- 1b Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ per gg ____ presso la ASL / ZT _____

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. :

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL / Medico _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL / Medico _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL / Medico _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL / Medico _____

- 2.a Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____ ASL _____ Medico _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____ ASL _____ Medico _____

3. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione, di continuità assistenziale in forma attiva:

Anno _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____
Gennaio dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ Luglio dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____

Febbraio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Agosto dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Marzo dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Settembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Aprile dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Ottobre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Maggio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Novembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Giugno dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Dicembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____

Anno _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____
 Gennaio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Luglio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Febbraio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Agosto dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Marzo dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Settembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Aprile dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Ottobre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Maggio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Novembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Giugno dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Dicembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____

Anno _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____
 Gennaio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Luglio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Febbraio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Agosto dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Marzo dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Settembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Aprile dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Ottobre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Maggio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Novembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
 Giugno dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Dicembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

3.a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione nella medicina dei servizi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / ZT _____

4. Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL / ZT _____

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____

6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ ASL / ZT _____

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza con incarichi di medicina generale (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

9. Servizio militare di leva, o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

9.a Servizio militare di leva, o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale, limitatamente al periodo di concomitanza: :

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

10. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

11. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

12. Servizio prestato presso aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

13. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D. M. 1.10.1988 n.430:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

- (1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)
(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, del documento d'identità del dichiarante.

Informativa art. 13 D.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolari del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE
.....

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- Inviata insieme alla fotocopia non autenticata i un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

Estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale)

.....

.....
(firma del dipendente)

ALLEGATO E

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)**

In riferimento alla domanda per il conferimento di incarichi provvisori di Guardia medica Turistica a valere per il periodo 06.07.2015 – 23.08.2015

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il

residente a _____ via

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

Che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Data _____

Firma _____

La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva. (Si suggerisce, onde evitare eventuali disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate).

AREA VASTA 4

Ai sensi dell'art. 21 DPR 445/2000 io sottoscritto _____, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di _____ (estremi documento).

Data _____

Firma _____