

AVVISO PUBBLICO

Si rende noto che la l'Area Vasta 4 di Fermo, intende procedere alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori EX ART 37 A.I.R. Medicina Generale Vigente per l'espletamento delle seguenti ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE da svolgersi presso le sedi territoriali dell'Area Vasta 4: Attività Ambulatoriale in fascia oraria diurna di tipo medio basso per prestazioni programmate o ad accesso diretto H12.

Esse riguardano le attività inerenti un ambulatorio di continuità assistenziale in fascia diurna per effettuazione di prestazioni programmate o ad accesso diretto, che necessitano di assistenza medica.

Tali attività affiancano e potenziano quelle previste a carico del personale medico ed infermieristico del MSA durante lo stand-by e svolte in H12. Le caratteristiche assistenziali, le attività, l'orario di apertura ecc. sono definite dall'allegato alla determina n. 757/AV4 del 04/12/2015. Le modalità di reclutamento, l'organizzazione e i compensi sono definiti dall'art. 37 dell'AIR vigente dal titolo : "Attività Territoriali Programmate".

La durata dell'attività è annuale, prorogabile, salvo facoltà dell'Area Vasta 4 di modificare la durata degli incarichi medesimi per periodo minore per riorganizzazione delle attività previa comunicazione all'incaricato con preavviso di 10 giorni.

Fatta salva, poi, ogni situazione di incompatibilità o limitazione, verranno impiegati i seguenti sanitari secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- a) Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
- c) Medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- d) Medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo.

In caso di assenza di medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati ai sensi della Norma Transitoria n. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Non è utilizzabile il medico che esercita altre attività presso soggetti pubblici o privati con accreditamento e contratto con SSR.

Il Medico incaricato riceve un compenso orario pari a quello stabilito per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale.

I sanitari interessati dovranno far pervenire domanda utilizzando l'Allegato n. 1 entro e non oltre il 28/12/2016 al seguente indirizzo: Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale - Area Vasta 4 di Fermo – – Via Zeppilli n. 18 Fermo – dichiarando le proprie generalità, recapito telefonico, la disponibilità all'incarico, lo svolgimento o non di altre attività presso soggetti pubblici o privati, con accreditamento e contratto con SSR, iscrizione all'Ordine dei medici, voto e data di laurea, di trovarsi o non in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'A.C.N. vigente punteggio in Graduatoria Regionale e la titolarità del tipo di incarico, di cui alle sopraindicate priorità, numero scelte e ore d'incarico, e la sua anzianità alla data di emissione del presente avviso.

Dal 1 Gennaio 2012, secondo quanto disposto dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183 l'Area Vasta 4 di Fermo non può accettare certificati rilasciati da Pubbliche Amministrazioni, che restano utilizzabili solo nei rapporti tra i privati; detti certificati devono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt 46

e 47 del D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000, il candidato assume la responsabilità della 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 DOCUMENTO D'IDENTITA' O LA PRODUZIONE DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' NON IN CORSO DI VALIDITA' E' CAUSA DI ESCLUSIONE DEI CANDIDATI PARTECIPANTI AL PRESENTE AVVISO.

NON SI PRENDERANNO IN CONSIDERAZIONE DOMANDE NON PERVENUTE ENTRO IL TERMINE SOPRA INDICATO E NON PRESENTATE SECONDO LE MODALITA' SOPRA INDICATE.

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..

L'Ente si riserva la facoltà di sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte , il presente avviso

(allegato modello domanda)

16 DIC. 2016

Fermo li.....


**Il Direttore Area Vasta 4
Dr Licio Livini**

Allegato 1

Alla Area Vasta 4 di Fermo

Via Zeppilli, 18
63023 Fermo AP

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____
_____ recapito telefonico _____ indirizzo mail _____
codice fiscale _____ laureato il _____ con voti _____ iscritto all'ordine dei
Medici di _____

Dichiara la propria disponibilità ad assumere l'incarico di cui all'avviso per attività ex art. 37 AIR di cui all'Avviso
del.....

Pertanto consapevole delle sanzioni penali, anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto
la propria personale responsabilità:
di appartenere alla categoria di cui alla lettera:

- ☐ a) medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a
400, con precedenza per quello con minor numero di
scelte _____
- ☐ b) medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale
a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di
incarico _____
- ☐ c) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con
minore numero di ore di incarico _____
- ☐ d) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo al numero
_____ con punteggio _____

(barrare con una crocetta la voce che interessa)

di esercitare/non esercitare attività presso soggetti pubblici o privati con accreditamento e contratto con
SSR. _____

di trovarsi/non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dagli ACN vigenti

Note _____

data _____

firma _____