

Procedura di assegnazione, ai sensi dell'art. 34, comma 17, ACN 28/04/2022, degli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. 51 Speciale del 29 marzo 2024.

A seguito di conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati nel BURAT n. 51 Speciale del 29 marzo 2024 con l'interpello dei medici di cui all'art. 34, comma 5, lettere a) punto ii), b) e c), A.C.N. 28 aprile 2022, non risultano assegnati i seguenti incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria:

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI /Sedi	n. incarichi vacanti
Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila	
L'Aquila	5
Monte reale	2
Navelli	2
Rocca di Mezzo	4
San Demetrio né Vestini	3
Tornimparte	4
Avezzano	2
Balsorano	4
Carsoli	4
Celano	2
Civitella Roveto	3
Pescina	2
Tagliacozzo	3
Trasacco	2
Castel di Sangro	3
Castelvecchio Subequo	3
Pescasseroli	4
Pescocostanzo	4
Pratola Peligna	2
Scanno	2
Sulmona	3
Numero Unico CA	3
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	n. incarichi vacanti
Circoscrizione di Casoli	2

Circoscrizione di Fossacesia	4
Circoscrizione di Lama dei Peligni	2
Circoscrizione di Pizzoferrato	2
Circoscrizione di Torricella Peligna	3
Circoscrizione di Villa Santa Maria	3
Circoscrizione di Lanciano	5
Circoscrizione di Ortona	1
Circoscrizione di Miglianico	1
Circoscrizione di Vasto	3
Circoscrizione di San Salvo	5
Circoscrizione di Palmoli	3
Circoscrizione di Castiglione Messer Marino	4
Circoscrizione di Celenza sul Trigno	4
Circoscrizione di Gissi	2
Circoscrizione di Casalbordino	3
Azienda USL Pescara	n. incarichi vacanti
Penne	3
Montesilvano	5
Torre de' Passeri	1
Cepagatti	1
Città Sant'Angelo	1
Bussi sul Tirino	2
Loreto Aprutino	1
Pescara	3
Caramanico	2
Manoppello	2
Spoltore	1
San Valentino	1
Civitella Casanova	1
Azienda USL Teramo	n. incarichi vacanti
DSS Teramo Sede di Teramo	3
DSS Teramo (Centrale Numero Unico)	4

DSS Montorio al Vomano Sede di Montorio al Vomano	4
DSS Roseto degli Abruzzi Sede di Roseto degli Abruzzi	1
DSS Roseto degli Abruzzi Sede di Mosciano Sant'Angelo	1
DSS Val Vibrata Sede di Tortoreto	3
DSS Val Vibrata Sede di Martinsicuro	2
DSS Val Vibrata Sede di Sant'Egidio alla Vibrata	3
DSS Atri Sede di Bisenti	3
DSS Atri Sede di Pineto-Silvi	1

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 34, comma 17, ACN 2022, entro 20 giorni dalla data di pubblicazione sul sito SISAC del link regionale del presente avviso i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti sopra indicati presentando domanda di assegnazione secondo i fac-simile allegati (A o B) e compilando altresì l'allegato D (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato C (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO), con le modalità di seguito indicate.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo quanto disposto dall'art. 34, comma 17, ACN 28/04/2022:

- a) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 di altra Regione/Provincia Autonoma (allegato A);
- b) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (allegato B).

I medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria titolari di incarico a tempo indeterminato NON possono concorrere all'assegnazione ai sensi dell'art. 34 comma 17.

TRASMISSIONE DELLE DOMANDE

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata **esclusivamente tramite PEC** alle Aziende U.S.L. presso cui insistono le sedi di interesse del candidato, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati.

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA INCARICHI ATTIVITÀ ORARIA 2024.

A tal fine si indicano gli indirizzi PEC di riferimento:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila	protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
Azienda USL Pescara	medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
Azienda USL Teramo	cast@pec.aslteramo.it

La domanda deve essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei file; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza come sopra definito.

Ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, la domanda potrà essere sottoscritta digitalmente nelle forme stabilite dalla legge. In caso di documento con sottoscrizione autografa, dovrà essere trasmesso il file risultante dalla relativa scannerizzazione, in formato PDF o similari.

La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo Allegato C e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno¹.

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente, in corso di validità. La mancanza del valido documento di identità o la mancata sottoscrizione della domanda comportano in ogni caso l'esclusione dalla procedura.

I titoli conseguiti presso una Pubblica Amministrazione devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 44/2000 e s.m.i. con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione degli stessi e per il reperimento delle informazioni o dati richiesti.

Le Amministrazioni competenti procederanno a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni in attuazione delle disposizioni previste dall'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

GRADUATORIE E CONVOCAZIONE

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione/pubblicazione nell'albo aziendale.

Le graduatorie saranno consultabili anche sul Portale Abruzzo Sanità nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

I candidati di cui alla lettera a), comma 17, dell'art. 34 ACN sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella graduatoria di provenienza valida per l'anno 2024 ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

I candidati di cui alla lettera b), comma 17, dell'art. 34 ACN sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nel territorio aziendale, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Ove necessario, ai soli fini di agevolare l'esecuzione dell'interpello, le graduatorie predisposte dalle Aziende USL potranno essere unificate in un unico elenco, che verrà pubblicato sul portale Abruzzo Sanità nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo le modalità di cui all'art. 34, comma 17, ACN 2022.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso: ove l'interessato abbia concorso per incarichi relativi a più di una Azienda USL, **l'ordine di priorità per l'accettazione dovrà contenere tutte le sedi (delle diverse ASL) per le quali si intende procedere all'accettazione**, secondo la preferenza del candidato. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi.

Si indicano di seguito gli indirizzi delle Aziende USL:

Avezzano Sulmona L'Aquila: via Saragat s.n.c. – località Campo di Pile – 67100 L'Aquila (AQ)

¹ Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Lanciano Vasto Chieti: via dei Vestini s.n.c. - Palazzina N (ex Palazzina SE.BI) - 66100 Chieti (CH)
Pescara - Via Renato Paolini 47- 65124 Pescara (PE)
Teramo: Circ.ne Ragusa n.1 - 64100 Teramo (TE).

Nella data stabilita per l'assegnazione degli incarichi saranno interpellati i medici di cui all'art. 34, comma 17, lett. a) e successivamente i medici di cui al comma 17, lettera b), ACN.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 ACN devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale, ovvero non devono:

- **fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;**
- **fruire 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)".**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Barbara Morganti

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

_____ in data ____/____/____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria valevole per l'anno 2024 della Regione/Provincia Autonoma _____ con punti _____, pubblicata nel Bollettino Ufficiale n. _____ del ____/____/____ e che, alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2023), non era titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;
4. di non essere titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria;
5. di essere/non essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data ____/____/____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo Pec:

Data _____

firma per esteso

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate digitalmente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità.

_____ in data ____ / ____ / _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale nella sessione _____ / _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
4. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data ____ / ____ / _____;
5. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____)
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo Pec:

Data _____

firma per esteso

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate digitalmente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a
 a _____ (_____) il _____ residente in
 _____ Via/Piazza
 _____ n° _____ iscritto all'albo
 dei _____
 della provincia di _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
 dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

dichiara formalmente di

1. fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" e "B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :
 Soggetto _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____
5. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____
6. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____
7. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2) Azienda _____
 _____ branca _____ ore
 settimanali _____ Azienda _____
 branca _____ ore settimanali _____
8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
 provincia _____ branca _____
 periodo: dal _____
9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni: Azienda _____
 _____ Via _____

 Tipo di attività _____

periodo: dal _____

10. essere / non essere (1) titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 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 _____ Azienda _____

ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

11. essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

12. 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 decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (2): Organismo _____ ore settimanali

_____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge n. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali

_____ Via _____ Comune di _____

_____ Tipo di attività _____

_____ Tipo di

rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14. 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 settimanali _____

Via _____ Comune di _____

_____ Periodo: _____ dal _____

15. 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 _____

16. 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 _____

15. essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____

16. svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna) _____
_____ Periodo: dal _____

17. essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore
sett. _____ Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 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 _____

(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 "

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.