

Avviso allegato alla determinazione n. DPF020/63 del 09.09.2024

Procedura di assegnazione, ai sensi dell'art. 32, comma 12, ACN 28 aprile 2022, dell'incarico di pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale carente "Area L'Aquila", individuato dall'Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila, pubblicato nel BURA n. 53 Speciale del 29 marzo 2024.

A seguito di conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti pubblicati nel BURAT n. 53 Speciale del 29 marzo 2024 con l'interpello dei pediatri di cui all'art. 32, comma 5, lettere a), b) c) e d), A.C.N. 28 aprile 2022, non risulta assegnato il seguente incarico di pediatria di libera scelta:

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA
AREA L'AQUILA
n. 1 ambito territoriale carente con obbligo di assicurare l'assistenza ambulatoriale nel Comune di Pizzoli

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 32, comma 12, ACN 28/04/2022, **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione sul sito SISAC del link regionale del presente Avviso** i pediatri interessati possono concorrere al conferimento dell'incarico nell'ambito territoriale carente sopra indicato 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 dell'incarico nell'ambito territoriale carente, secondo quanto disposto dall'art. 32, comma 12, dell'ACN 28 aprile 2022:

- a) i pediatri inseriti nella graduatoria valida per l'anno 2024 di altra Regione/Provincia Autonoma (allegato A);
- b) i pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

I pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del S.S.N. non possono concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 32, comma 12, ACN 2022.

TRASMISSIONE DELLE DOMANDE

La domanda, **in bollo**, debitamente compilata e sottoscritta, ed i relativi allegati indicati nella domanda stessa, devono essere trasmessi all'Azienda U.S.L. Avezzano Sulmona L'Aquila, **esclusivamente a mezzo PEC**, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA AMBITO CARENTE PLS.

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 sottoscritto di propria mano, dovrà essere trasmesso il file risultante dalla relativa scannerizzazione, in formato PDF o similari.

Inoltre 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 o gestori di pubblici servizi 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

L'Azienda U.S.L. Avezzano Sulmona L'Aquila provvederà a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione/pubblicazione nell'albo aziendale.

Le graduatorie aziendali 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 12 dell'art. 32 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 l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età.

I candidati di cui alla lettera b) comma 12, dell'art. 32 ACN sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in 'Azienda, successivamente nella Regione e da ultimo fuori Regione.

L'Azienda U.S.L. Avezzano Sulmona L'Aquila provvederà alla convocazione dei pediatri aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento dell'incarico nell'ambito territoriale carente "Area L'Aquila" con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Pizzoli secondo le modalità di cui all' art. 31 ACN.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC che devono pervenire all'Azienda U.S.L. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione dell'incarico.

Si indicano di seguito l'indirizzo dell'Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila: via Saragat s.n.c. – località Campo di Pile – 67100 L'Aquila (AQ)

Nella data stabilita per l'assegnazione degli incarichi saranno interpellati i medici di cui all'art 32, comma 12, lett. a), ACN, successivamente i medici di cui al comma 12, 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'art. 20 ACN devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

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).

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 20, comma 1, lettere g) e K) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 28.04.2022, 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 pediatri 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, ACN.

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 pediatri di libera scelta per la procedura di assegnazione dell'incarico nell'ambito territoriale carente.

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Barbara Morganti
(*f.to digitalmente*)

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

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

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

2. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);

3. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

4. 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 pediatria di libera scelta;

5. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;

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:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato C)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato D);
- 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

via _____ n.
_____CAP _____ tel.
_____PEC: _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 32, comma 12, lettera a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 28 aprile 2022 di assegnazione dell'incarico nell'ambito territoriale carente di assistenza pediatrica pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. 53 Speciale del 29/03/2024, residuo a seguito delle procedure di interpello di cui all'art. 32, comma 5, lettere a), b), c) e d), ACN, come di seguito indicato:

AMBITO TERRITORIALE	“AREA L’AQUILA”	con obbligo di apertura dello studio medico	Comune di Pizzoli
----------------------------	------------------------	---	--------------------------

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____

_____ in data
____/____/____

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

2. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in _____

_____conseguito presso l'Università degli Studi di _____

in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);

3. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

4. di essere residente nel Comune di _____
(Prov. _____)

Regione _____;

5. 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:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato C)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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

C) Allegato

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA
BOLLO**

**da annullare con data e
firma**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Dott.
nato/a _____

a _____
prov. (_____)

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- di aver provveduto con la marca da bollo sopra apposta e annullata al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione dell'ambito territoriale "Area L'Aquila" carente di pediatria di libera scelta individuato presso l'Azienda U.S.L. Avezzano Sulmona L'Aquila - pubblicato nel BURA n. 53 Speciale del 29/03/2024;
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa

leggibile
Luogo _____ e _____ data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione dell'ambito territoriale "Area L'Aquila" carente di pediatria di libera scelta individuato presso l'Azienda U.S.L. Avezzano Sulmona L'Aquila.

2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.

3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

Allegato D)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La _____ sottoscritto/a
Dott. _____

—
nato a _____ (____) il
_____ residente in

_____ Via/Piazza

_____ n° _____ iscritto all'albo dei

Medici chirurghi 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 delle quote "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 _____ di

_____Periodo: _____ dal _____

5. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo collettivo nazionale 25.03.2005 e s.m.i., con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____

_____ Azienda U.S.L. _____
_____ Periodo: _____
dal _____

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

A.S.L. _____
_____branca _____
ore sett. _____

A.S.L. _____
_____branca _____
ore sett. _____

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

Provincia _____branca _____
_____ Periodo: _____
dal _____

8. 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 Abruzzo o in altra regione (2):

Regione _____ A.S.L. _____

ore sett. _____

In forma attiva – in forma di disponibilità (1)

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

Organismo _____
ore _____ sett. _____ Via _____
_____ Comune _____ di _____

(Prov. _____)

Tipo _____ di _____ attività

Tipo di rapporto 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 _____

(Prov. _____)

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 _____

_____(Prov _____) _____ 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. 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 _____

14. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato):

Soggetto _____ pubblico

Via _____
Comune _____ di _____

Prov _____) Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro
_____ Periodo: dal _____

15. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo: _____ dal _____

16. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento

_____ 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 al D. Lgs. 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"

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00).