



REGIONE ABRUZZO
A.S.L. 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

sede legale via Saragat snc località Campo di Pile 67100 L'Aquila
C.F. e Partita IVA 01792410662

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI DISTRETTI

COMITATO ZONALE PARITETICO PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI,
MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE

PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI I° TRIMESTRE 2022

Si pubblicano i turni vacanti di medicina specialistica ambulatoriale interna di cui all'elenco allegato.

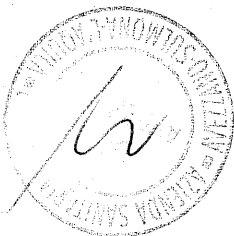
Gli specialisti aspiranti a ricoprire gli incarichi in parola, ai sensi dell'articolo 21, comma 1, del vigente A.C.N. del 31.03.2020, dal 1° al 20° giorno del mese di pubblicazione, devono inoltrare domanda di disponibilità a mezzo raccomandata A/R – indirizzata al Comitato Consultivo Zonale presso Azienda Sanitaria Locale Avezzano – Sulmona – L'Aquila – Via G. Saragat s.n.c. Loc. Campo di Pile – 67100 L'Aquila o per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it.

Gli aspiranti dovranno produrre domanda in carta semplice, conforme al modulo presente sul sito internet aziendale, indicando il possesso di una delle situazioni di priorità previste dall'art. 19 del su citato A.C.N., dichiarando la disponibilità a rimuovere eventuali incompatibilità dovessero essere rilevate. Il modulo della domanda è comprensivo dell'autocertificazione informativa dove devono essere specificate tutte le attività a qualsiasi titolo svolte e l'anzianità di incarico (si prega di allegare anche copia dei certificati di servizio ovvero della lettera di conferimento incarico) e copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Si ricorda che, qualora dovesse emergere, anche a seguito di appositi controlli, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, è prevista la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti dall'aspirante.

N. B. : per ulteriori informazioni, è possibile rivolgersi alla Segretaria del Comitato Consultivo Zonale, dott.ssa Anna Luisa Leone, Responsabile del Procedimento, tel. 0863/499805.

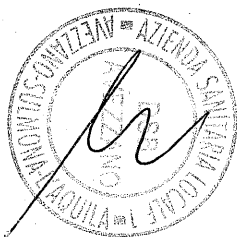
Il Presidente del Comitato
Dott. Alfonso Mascitelli



PUBBLICAZIONE TURNI SPECIALISTICI VACANTI I° TRIMESTRE 2022

BRANCA SPECIALISTICA	SEDE	ore settimanali
A tempo indeterminato		
Cardiologia	Marsica	8 settimanali
	Peligno Sangrina	4 settimanali
	L'Aquila	6 settimanali
Ginecologia	Area-Sangrina –Castel di Sangro	19 settimanali
Neuropsichiatria	Area-Sangrina	12 settimanali
Chirurgia generale	INAIL-Sulmona	7 settimanali
a tempo determinato		
Odontoiatria	INAIL Direzione Regionale Abruzzo	3 settimanali
Medicina Legale	INAIL Avezzano	38 settimanali
	INAIL L'Aquila	38 settimanali

Per le ore di Medicina Legale l'INAIL accetta anche eventuali frazionamenti.



**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Posta Elettronica Certificata o raccomandata AIR

COMITATO CONSULTIVO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

C/O Azienda Sanitaria Locale Avezzano Sulmona L'Aquila

Via G. Saragat – Località Campo di Pile

67100 L'AQUILA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ residente a _____ (____)
Via/Piazza _____ n° _____
tel. _____ e.mail _____ @ _____

P.E.C. _____ @ _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del/i seguente/i turno/i nella branca di _____

pubblicato/i nel ____1__° trimestre/2022____ :

presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)

presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)


presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)

Si prega di indicare solo i turni per cui si intende concorrere, se no si impedisce l'individuazione di altri aventi diritto

Se la somma di più turni nella stessa branca è superiore al massimale orario l'elenco sopra vale come indicazione di preferenza

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è penalmente perseguibile e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

 di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso l'Università
di _____ in data _____, con voto _____;

 di essere iscritto all'Ordine de _____ di _____;

 di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____;
con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____
° presso l'Azienda S.L. di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
° presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (specificare sede e decorrenza): _____
- di essere titolare di incarico a tempo determinato nella branca di : _____
presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria 2022 per la branca di _____ alla posizione n° _____ con punti _____
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come convenzionato per ° l'Assistenza Primaria ° la Continuità Assistenziale ° l'Emergenza Sanitaria ° la Medicina dei Servizi ° la Pediatria di Libera Scelta, ° come dipendente, con anzianità di incarico dal _____ presso l'ASL _____, con anzianità complessiva di Anni ____ Mesi ____ Giorni ____ (indicare solo attività continuativa se svolta presso più ASL)
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria 2022 per la branca pubblicata
(barrare la casella che interessa)

dichiara inoltre:

- di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

- di essere disponibile a rinunciare ad un numero di _____ ore settimanali per rientrare nel massimale orario, in particolare presso _____ (ASL o Servizio) sede di _____
(questa dichiarazione è obbligatoria solo per gli specialisti già convenzionati con questa ASL)

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data

Firma per esteso (*)

(*) 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 in corso di validità (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B – ACN)

Il sottoscritto Dott.....nato ail.....

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 di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(cancellare la voce che non interessa)

Ⓢ① di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte della competente Commissione di Disciplina prevista dall'ACN dei medici specialisti ambulatoriali interni;

Ⓠ① di essere/non essere soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri . In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____ data _____;

Ⓜ① di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;

In caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

Ⓟ① di avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

Ⓜ① svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;

Ⓢ① essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;

Ⓡ① esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;

Ⓢ① operare/non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, indicare la struttura sanitaria in cui opera: _____);

Ⓢ① svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (in caso affermativo indicare l'Azienda: _____)

Ⓡ① essere/non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni (convenzionati esterni) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

Ⓢ① essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

●① operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99

○① essere/non essere titolare di incarico nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

■① percepire/non percepire l'indennità di rischio radiologico in base ad altro rapporto lavorativo (**in caso di risposta affermativa** indicare il tipo di attività svolta: _____ e la misura dell'indennità percepita: _____);

□① di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;

NOTE: _____

In fede

Data _____

Firma _____