

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA****Avviso pubblico****INCARICO DI SOSTITUZIONE MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AMBITO TERRITORIALE RAGUSA**

Considerato che l'ASP di Ragusa deve conferire, con urgenza, un incarico di sostituzione di assistenza primaria nell'ambito territoriale di Ragusa;

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 e ss.mm.ii. che disciplina i rapporti con i Medici di Medicina generale (di seguito ACN);

Preso atto che, a seguito di interpello, non sono pervenute, da parte dei Medici inseriti nella graduatoria aziendale ASP Ragusa anno 2021 e da parte dei Medici residenti nel comune di Ragusa inseriti nella graduatoria regionale Sicilia anno 2021, manifestazioni di disponibilità ad accettare l'incarico;

Ritenuto di dover indire un avviso pubblico per la ricerca di un Medico disponibile ad accettare tale incarico,

è indetto

avviso pubblico per conferimento, ai sensi dell'art. 37 ACN, di un incarico di sostituzione di assistenza primaria presso l'ambito territoriale di Ragusa, con durata fino al 14 giugno 2022 o fino alla data di rientro in servizio del titolare della convenzione.

Si precisa che sono incompatibili con l'incarico di sostituzione i soggetti indicati nell'art. 17 ACN ed in particolare si fa presente che è incompatibile il personale già convenzionato per l'assistenza primaria ed il dipendente pubblico o privato a tempo indeterminato (anche se in aspettativa) o determinato. E', altresì, esclusa la partecipazione di medici, ex convenzionati e non, in pensione. L'eventuale incompatibilità dovrà essere rimossa prima del conferimento dell'incarico.

REQUISITI

Potranno inviare la manifestazione di volontà (Allegato A) ad accettare l'incarico di cui al presente avviso i Medici, inseriti o meno nella graduatoria regionale Sicilia anno 2022.

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE

La manifestazione di volontà (Allegato A), con allegata copia di un documento di identità in corso di validità, dovrà essere indirizzata all'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa e trasmessa a mezzo MAIL all'indirizzo assistenzasanitariadibase@asp.rg.it, con esclusione di ogni altro mezzo.

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione scadrà il 7° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell'ASP di Ragusa www.asp.rg.it alla sezione AVVISI. Il suddetto termine, qualora verrà a cadere in giorno festivo, si intenderà prorogato al primo giorno utile non festivo.

La data di presentazione sarà comprovata dalla data della mail.

L'Azienda declina ogni responsabilità per eventuali disguidi non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

L'Azienda procederà al conferimento della sostituzione secondo il seguente ordine di priorità:

- 1) Medici iscritti nella graduatoria regionale Sicilia 2022 residenti nel comune di Ragusa secondo l'ordine di punteggio;
- 2) Medici iscritti nella graduatoria regionale Sicilia 2022 secondo l'ordine di punteggio;

- 3) Medici non iscritti nella graduatoria regionale in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione;
- 4) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
- 5) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- 6) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Al Medico incaricato saranno corrisposti, per i pazienti che verrà incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 59 lettera A ACN.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso qualora a proprio insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità o l'opportunità senza che i partecipanti possano vantare pretesa o diritto alcuno.

TRATTAMENTO DEI DATI

La presentazione della comunicazione da parte dell'aspirante implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale dell'U.O.C Assistenza sanitaria di base e specialistica preposto alla conservazione ed all'utilizzo della documentazione per lo svolgimento della procedura di interesse.

IL DIRETTORE U.O.C.
ASS. SAN. DI BASE E SPECIALISTICA

Dott.ssa ~~Carmela~~ La Terra



IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Raffaele Elia



IL DIRETTORE GENERALE

Arch. Angelo Aliquò



Allegato A

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA
PIAZZA IGEA, 1
RAGUSA
assistenzasanitariadibase@asp.rg.it

Alla c.a. Direttore U.O.C. Assistenza sanitaria di base e specialistica

Il/La sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____
Nat_ a _____ il _____
Residente a _____
Indirizzo _____
Recapito telefonico _____
e-mail _____
PEC _____

COMUNICA

di essere disponibile ad accettare l'incarico di sostituzione ex art 37 ACN Medicina generale 23/03/2005 e ss.mm.ii. nell'ambito territoriale di Ragusa, con durata fino al 14 giugno 2022 o fino alla data di rientro in servizio del titolare della convenzione .

A tal fine, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 445/2000),

DICHIARA

- Di essersi laureato in Medicina e Chirurgia in data _____
 - Di essersi abilitato all'esercizio della professione medica in data _____
 - Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
 - Di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale Sicilia anno 2022 per la Medicina Generale - Assistenza primaria;
 - Di non trovarsi in posizione di incompatibilità ex art. 17 ACN Medicina generale 23/03/2005 e ss.mm.ii. o di essere disponibile a rimuovere qualsiasi eventuale causa di incompatibilità prima del conferimento dell'incarico.
- Di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____
- Di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale anno _____
- Di essere iscritto al corso di specializzazione in _____

Allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

Data, _____

Firma _____