



AVVISO PUBBLICO

**PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELL'ATS DI PAVIA
PERIODO 1/4/2019 – 31/3/2020**

SCADENZA: entro le ore 12 del 14/01/2019

Si rende noto che in esecuzione del decreto del Direttore Generale n. 477/DGi del 20/12/2018 è indetto avviso pubblico volto alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di Pavia.

La graduatoria sarà predisposta ai sensi dell'art.70, dell'art. 15, della norma finale n. 5 e della norma transitoria n. 4 dell'ACN vigente per la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale e l'art.19, comma 11 Legge 448 del 28/12/2001.

Requisiti di ammissione per la partecipazione al presente avviso:

- Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici;
- Assenza di provvedimenti in essere di sospensione dall'Ordine dei Medici;
- Patente B e disponibilità di proprio automezzo.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda.

Domanda di ammissione

I medici interessati all'inserimento nella graduatoria dovranno presentare domanda in carta libera utilizzando esclusivamente il modello allegato scaricabile, unitamente al presente avviso, dal sito web dell'ATS di Pavia (www.ats-pavia.it) alla sezione "Concorsi e Avvisi", compilato in ogni sua parte.

Nella domanda il candidato, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR medesimo per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, deve dichiarare:

- cognome e nome, luogo e data di nascita, codice fiscale;
- luogo di residenza, indirizzo e recapito telefonico, indirizzo posta elettronica certificata (obbligatorio);



- voto e data di conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia ;
- data di conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo ;
- iscrizione all'Albo professionale;
- eventuali provvedimenti in essere di sospensione dall'Ordine dei Medici (indicandone tipologia e durata) o dichiararne espressamente l'assenza;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di avere o non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Agenzie/Aziende del SSN;
- eventuali sanzioni disciplinari in corso o pregresse;
- eventuale iscrizione nella graduatoria di Regione Lombardia valida per l'anno 2019;
- eventuale possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai decreti legislativi n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003;
- eventuale attività di servizio svolta presso la continuità assistenziale dell'Ats di Pavia o presso altra Ats , dall'1/01/2010 al 31/12/2018.

La domanda di partecipazione deve essere firmata dal candidato ai sensi dell'art. 39, comma 1 D.P.R. n.445/2000 non è richiesta l'autentica della firma.

Alla domanda di partecipazione il candidato dovrà allegare la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000) (**allegato 1**);
- fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della patente B

Presentazione della domanda: termini e modalità:

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice secondo il fac-simile allegato, deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'ATS di Pavia – U.O.C. Gestione Personale Dipendente e Convenzionato – Viale Indipendenza, 3 – 27100 Pavia e **pervenire, a prescindere dalla modalità di trasmissione, entro e non oltre le ore 12,00 del termine di scadenza del presente bando.**

Le domande di partecipazione devono essere prodotte unicamente attraverso una delle seguenti modalità:

- **invio tramite PEC in formato PDF (unico file);**
- **spedizione con raccomandata A/R;**
- **consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'ATS di Pavia .**



In caso di invio tramite PEC, ritenuto valido solo se effettuato secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia, si specifica che:

- **la domanda deve essere trasmessa in unico file esclusivamente in formato PDF comprensiva di tutti gli allegati;**
- la validità è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di Posta Elettronica Certificata personale (**posta PEC personale**) e non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC dell'ATS di Pavia;
- la domanda deve essere inviata esclusivamente al seguente indirizzo PEC: **protocollo@pec.ats-pavia.it**;
- la domanda deve pervenire entro e non oltre il termine di scadenza fissata dal presente bando: a tal fine fa fede la data e l'ora di invio certificata dal gestore della PEC;

In caso di spedizione a mezzo postale con raccomandata A/R si precisa che non fa fede il timbro postale, ma la data di effettiva consegna al protocollo aziendale;

In caso di consegna a mano presso l'Ufficio protocollo dell'ATS di Pavia _ Viale Indipendenza, 3 si precisano i seguenti orari di apertura al pubblico:
dal lunedì al giovedì dalle ore 8,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00
venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,00

Questa Ats declina ogni responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito delle domande da imputare a disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Criteria per la formulazione della graduatoria:

La graduatoria ha validità annuale, dal 1/4/2019 al 31/03/2020, verrà utilizzata secondo le necessità dell'ATS di Pavia e sarà redatta rispettando i seguenti ordini di priorità, ripartita nelle seguenti tre sezioni:

- I Medici presenti nella graduatoria regionale di settore della Lombardia valida per l'anno 2019;
- II Medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente, non iscritti nella graduatoria di settore di Regione Lombardia;
- III Medici esclusi dalle categorie di cui sopra;

I medici verranno graduati, all'interno di ogni sezione, in base ai seguenti punteggi:

- residenti nell'ambito territoriale dell'ATS di Pavia (10 punti);
- residenti in Regione Lombardia (10 punti);



- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolta nell'ATS di Pavia, dal 1/1/2010 al 31/12/2018, ragguagliata a 96 ore mensili (0,40 punti/mese);
- per ogni mese di attività svolta presso la centrale operativa di coordinamento dell'ATS di Pavia nell'anno 2018, ragguagliata a 96 ore mensili un punteggio aggiuntivo di 0,80 punti/mese, sulla base di quanto risulta agli atti del servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di Pavia;
- per ogni mese di attività svolta nel servizio di guardia medica turistica dell'ATS di Pavia nell'anno 2018, ragguagliata a 96 ore mensili (5 punti/mese), sulla base di quanto risulta agli atti del servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di Pavia;
- per ogni mese di attività di continuità assistenziale svolta in altre ATS, dal 1/1/2010 al 31/12/2018, ragguagliata a 96 ore mensili (0,20punti/mese).

A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea.
- non titolarità di borse di studio o altri rapporti di lavoro pubblici/privati.

Per gli incarichi presso la centrale operativa di coordinamento verrà stilata, con i criteri sopra descritti, un' apposita graduatoria riservata ai sanitari aventi le seguenti caratteristiche:

- medici in possesso della formazione specifica;
- medici non in possesso della suddetta formazione ma che hanno espletato almeno 6 mesi di attività presso il servizio di c.a. dell'ATS di Pavia.

Criteri per l'assegnazione dell'incarico:

Al momento dell'assegnazione dell'incarico, conferito per un periodo non superiore ai 12 mesi e per un monte ore settimanali pari a 24, l'avente diritto non deve trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 ACN 29/7/2009.

Per i medici presenti nella terza sezione, come previsto dall' art. 8 dell' Accordo Integrativo Regionale del 2011, nell'attribuzione dell'incarico verrà rispettato il seguente ordine :

- medici non iscritti a corsi di formazione o specializzazione;
- medici iscritti a corso di formazione di medicina generale;
- medici iscritti a corsi di formazione specialistica;

I medici in posizione utile per il conferimento dell'incarico verranno contattati esclusivamente tramite comunicazione inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata personale.



In caso di mancata risposta entro le 48 ore successive, il nominativo del medico verrà posizionato all'ultimo posto in graduatoria con mantenimento del punteggio attribuito; in caso di rinuncia all'incarico, il nominativo verrà depennato definitivamente dalla graduatoria.

Il conferimento degli incarichi è effettuato nel rispetto delle norme giuridico-economiche previste dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli accordi integrativi regionali vigenti.

Per informazioni gli interessati possono rivolgersi all'U.O.C. Gestione Personale Dipendente e Convenzionato – Ufficio Continuità Assistenziale dell'ATS di Pavia dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 (tel. 0382/431337-431283).

Pavia, 21/12/2018

IL DIRETTORE GENERALE
(dott.ssa Anna Pavan)



MODELLO DOMANDA

ATS Pavia

Al Direttore Generale
ATS della Provincia di Pavia
U.O.C. Gestione Personale Dipendente
e Convenzionato
Ufficio Continuità Assistenziale
Viale Indipendenza 3
27100 PAVIA

Il sottoscrittonato a
Prov.....il.....Codice Fiscale.....
Residente aProv.....Cap.....
Vianr.....Tel.....
Domiciliato aProv.....Cap.....
(solo se diverso dalla residenza)
Indirizzo mail.....
Indirizzo PEC(obbligatorio).....

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALL'AVVISO PER LA FORMAZIONE DI UNA
GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INDETTO DA CODESTA ATS
PERIODO 1/4/2019 - 31/3/2020

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 28/12/2000 n° 445, sotto la propria responsabilità,
consapevole delle sanzioni penali previste nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA DI

essere in possesso della Laurea in medicina e Chirurgia conseguita in data
Presso l'Università divoto laurea

essere in possesso dell' Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita
in datapresso l'Università di.....
essere iscritto all'Albo Professionale di

☐ avere ☐ non avere provvedimenti in essere di sospensione dell'Ordine dei Medici
tipologia.....durata.....

- non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- avere non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Agenzie/Aziende del SSN;
- avere non avere eventuali sanzioni disciplinari in corso o pregresse;
tipologia.....durata.....
- essere non essere iscritto nella graduatoria regionale di settore (Continuità Assistenziale) valevole per l'anno 2019;
- essere non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in data.....
- essere in possesso della patente B
- avere la disponibilità di proprio automezzo

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- .di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso;
- .di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs 30/6/2003 n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

data.....

.....
firma

- all.:
- . fotocopia fronte/retro del documento di identità
 - . fotocopia patente B
 - . Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi art. 47 DPR 445/2000) (allegato n.1)

DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte_retro documento di identità n.....
rilasciato il.....da.....



Dichiarazione sostitutiva di atto notorio
ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000

Allegato n. 1

Allegato parte integrante e sostanziale di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS della Provincia di Pavia.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____ Prov _____

in via _____

C.F.: _____

in relazione all'avviso anzidetto consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 "*decadenza dei benefici*", 76 "*norme penali*" del DPR 445/2000, nonché di quanto prescritto all'art.496 "*False dichiarazioni sulle identità o su qualità personali proprie o di altri*" del Codice Penale per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell' art.47 del DPR n.445/2000,

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'**ATS di PAVIA**

Periodo 1/1/2010 -31/12/2018: ore complessivamente svolte nel servizio di continuità assistenziale	
Anno 2018: ore svolte esclusivamente presso la centrale di coordinamento	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di _____

A N N O	O R E
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS
di _____

A N N O	O R E
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Ats
di _____

A N N O	O R E
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS
di _____

A N N O	O R E
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di _____

ANNO	ORE
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

di avere svolto la seguente attività nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS di _____

ANNO	ORE
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	

Data.....

.....

firma

DA COMPILARE NEL CASO DI SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Si allega fotocopia fronte_retro documento di identità n.....rilasciato il
.....da.....