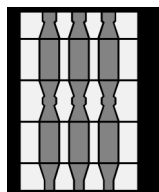


REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE AVVISI E CONCORSI

PERUGIA - 9 aprile 2024

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso AP. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024 - Avviso CA. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024 - Avviso E.S.T. (118). Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) anno 2024 - Avviso PLS. Avviso di pubblicazione ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria anno 2024.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 1
PERUGIA

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2024.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2024.

SOMMARIO**REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI****Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2****Terni****SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI**

Avviso AP. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024 Pag. 3

Avviso CA. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024 Pag. 25

Avviso E.S.T. (118). Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) anno 2024
Pag. 40

Avviso PLS. Avviso di pubblicazione ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria anno 2024 Pag. 59

Azienda Unità Sanitaria Locale N. 1**Perugia**

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2024 Pag. 72

Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2**Terni**

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2024 Pag. 88

**REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI****AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI****SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI****Avviso AP. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024.**

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn. 4495/97 e 1609/99, in attuazione dell'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale del 28/04/2022, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta individuate dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32 del vigente ACN del 28/04/2022 per la Medicina Generale.

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello (dal 02/12/2024)	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Umbertide	1
Distretto Alto Tevere – Comune di San Giustino	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Pietralunga	1
Distretto Alto Tevere – ambito distrettuale	1
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gubbio	4
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gubbio (dal 30/06/2024)	1
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gubbio (dal 21/08/2024)	1
Distretto Alto Chiascio – Comuni Fascia Appenninica	1
Distretto Alto Chiascio – Comune di Costacciaro	1

AMBITO TERRITORIALE	POSTI
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gualdo Tadino	1
Distretto Perugino – Cds 5 – San Sisto – Castel del Piano	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve (dal 14/06/2024)	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (dal 25/05/2024)	1

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

Distretto Valnerina con ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	1
Distretto Valnerina con ambulatorio principale nel Comune di Norcia	1
Distretto Valnerina con ambulatorio principale nel Comune di Preci	1
Distretto Valnerina con ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto	1
Distretto di Spoleto con ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	1
Distretto di Spoleto con ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	1
Distretto di Spoleto con ambulatorio principale nel Comune di Giano dell’Umbria a far data dal 17/05/2024	1
Distretto di Foligno con ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo a far data dal 01/10/2024	1
Distretto di Foligno con ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	1
Distretto di Foligno con ambulatorio principale nel Comune di Trevi	1
Distretto di Terni con ambulatorio principale nell’ambito Terni-Stroncone	2
Distretto di Terni con ambulatorio principale nell’ambito Terni-Stroncone a far data dal 19/06/2024	1
Distretto di Terni con ambulatorio nell’ambito Terni-Stroncone con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Stroncone	1
Distretto di Terni con ambulatorio principale nell’ambito Acquasparta-San Gemini	1
Distretto Narni/Amelia con ambulatorio principale nell’ambito Avigliano-Montecastrilli	1

Distretto Narni/Amelia con ambulatorio principale nell'ambito Narni-Calvi-Otricoli	1
Distretto Narni/Amelia con ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina	1
Distretto Narni/Amelia con ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina, a far data dal 28/06/2024	1

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione Umbria e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione;
2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024– pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2023) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per le zone carenti;

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.34 dell'ACN-MMG del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento (articolo 34 comma 5, lettera a) punto i) e comma 7):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione Umbria e quelli iscritti in un elenco di altra Regione da almeno quattro anni, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per l'attività del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. **I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda** ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico; Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1 del vigente ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Ai sensi del citato art. 34, comma 6, i medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art. 34, comma 23, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (art.34 comma 5 lettera b): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri (comma 8):

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (distretto) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore metà al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2024).

Per l'assegnazione degli incarichi ai medici inclusi nella graduatoria regionale, in virtù di quanto previsto nell'art.34, comma 13 dell'ACN 28/04/2022 viene riservata una percentuale di assegnazione, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, e precisamente:

- 80% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento), a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento) a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale (abilitazione conseguita entro il 31/12/1994).

Qualora, per carenza di domande, non vengano assegnati tutti gli incarichi spettanti ad una delle due riserve, essi verranno assegnati all'altra;

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa;

- c) **(art.34 comma 5 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito carente (Distretto), nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici nel rispetto delle priorità sopra indicate:

- 1° **per trasferimento (art.34, comma 5 lettera a);**
- 2° **per graduatoria (art.34, comma 5 lettera b) medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria – Anno 2024;**
- 3° **medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024 (art.34, comma 5 lettera c).**

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura:

“DOMANDA ZONA CARENTE AP – PUBBLICAZIONE BUR 2024”

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 **entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.**

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto- **Modulo AP-4** nonché il modulo **AP-5** (dichiarazione assolvimento imposta di bollo)

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>"

**Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0743/210417 Fancelli Sabrina - 075/5414237 Marchetti Donatella – 075/5414257 Angeloni Daniela
– 0744/204377 Cicciola Valentina.**

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0165 (*Gratuito*)

Modulo AP-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
A CICLO DI SCELTA
(per trasferimento)**

**PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

Art. 34, comma 5, lettera b) dell' ACN del 28/04/2022

TAG: BUR2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
_____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo
indeterminato di medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 5 lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
DISTRETTO	AMBITO
Alto Tevere	Comune di Città di Castello
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (a far data dal 02/12/2024)
Alto Tevere	Comune di Umbertide
Alto Tevere	Comune di San Giustino
Alto Tevere	Comune di Pietralunga
Alto Tevere	Ambito distrettuale
Alto Chiascio	Comune di Gubbio

Modulo AP-1

DISTRETTO	AMBITO	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 30/06/2024)	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 21/08/2024)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Costacciaro	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 5 – San Sisto – Castel del Piano	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve (a far data dal 14/06/2024)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (a far data dal 25/05/2024)	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Preci	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (a far data dal 17/05/2024)	
*Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo (a far data dal 01/10/2024)	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Trevi	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone	
*Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone (a far data dal 19/06/2024)	

Modulo AP-1

Distretto di Terni	ambulatorio nell'ambito Terni-Stroncone con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Stroncone	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Acquasparta-San Gemini	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Avigliano-Montecastrilli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Narni-Calvi-Otricoli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina	
*Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina (a far data dal 28/06/2024)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

In osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 13 del vigente ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003
- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

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

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta;

Modulo AP-1

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno 2024, il medico che abbia accettato l'incarico.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-5.

Modulo AP-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
A CICLO DI SCELTA
(per graduatoria)**

PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA

ANNO 2024

Art. 34, comma 5, lettera b) dell' ACN del 28/04/2022

TAG: BUR2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2023 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (a far data dal 02/12/2024)	
Alto Tevere	Comune di Umbertide	

Modulo AP-2

DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	
Alto Tevere	Comune di Pietralunga	
Alto Tevere	Ambito distrettuale	
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 30/06/2024)	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 21/08/2024)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Costacciaro	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 5 – San Sisto – Castel del Piano	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve (a far data dal 14/06/2024)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (a far data dal 25/05/2024)	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Preci	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (a far data dal 17/05/2024)	
*Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo (a far data dal 01/10/2024)	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Trevi	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone	

Modulo AP-2

DISTRETTO	AMBITO	
*Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone (a far data dal 19/06/2024)	
Distretto di Terni	ambulatorio nell'ambito Terni-Stroncone con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Stroncone	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Acquasparta-San Gemini	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Avigliano-Montecastrilli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Narni-Calvi-Otricoli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina	
*Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina (a far data dal 28/06/2024)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

In osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 13 del vigente ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003
- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

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

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

Modulo AP-2

3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta;

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno 2024, il medico che abbia accettato l'incarico.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-5.

Modulo AP-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
A CICLO DI SCELTA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2023)**

Art. 34, comma 5 lettera c) dell' ACN del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

TAG: BUR2024

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____ dal _____

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	☐
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (a far data dal 02/12/2024)	☐
Alto Tevere	Comune di Umbertide	☐

Modulo AP-3

DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	
Alto Tevere	Comune di Pietralunga	
Alto Tevere	Ambito distrettuale	
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 30/06/2024)	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 21/08/2024)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Costacciaro	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 5 – San Sisto – Castel del Piano	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve (a far data dal 14/06/2024)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (a far data dal 25/05/2024)	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Preci	
Distretto Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	
Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Distretto di Spoleto	ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (a far data dal 17/05/2024)	
*Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo (a far data dal 01/10/2024)	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Distretto di Foligno	ambulatorio principale nel Comune di Trevi	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone	

Modulo AP-3

DISTRETTO	AMBITO	
*Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Terni-Stroncone (a far data dal 19/06/2024)	
Distretto di Terni	ambulatorio nell'ambito Terni-Stroncone con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Stroncone	
Distretto di Terni	ambulatorio principale nell'ambito Acquasparta-San Gemini	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Avigliano-Montecastrilli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Narni-Calvi-Otricoli	
Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina	
*Distretto Narni/Amelia	ambulatorio principale nell'ambito Alviano-Amelia-Attigliano-Giove-Guardea-Lugnano in Teverina-Penna in Teverina (a far data dal 28/06/2024)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. **di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione _____**
(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2024)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Modulo AP-3

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo AP-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo AP-5.

AP-4**TAG: BUR2024**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
_____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) 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 _____

2) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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 _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

AP-4

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

AP-4

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Modulo AP-5

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO**DPR 445/2000 art. 46 e 47****TAG: BUR2024**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

L'Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € <u>16,00</u>	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00
Numero Identificativo _____	
Data _____	

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

DICHIARA INOLTRE

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo;
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ **firma per esteso** _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI**

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso CA. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn. 4495/97 e 1609/99, in attuazione dell'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale del 28/04/2022, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria individuate dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art.32 del vigente ACN del 28/04/2022 per la Medicina Generale.

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Continuità Assistenziale	84	Ambito Aziendale

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Continuità Assistenziale	77	Ambito Aziendale

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria iscritti da almeno due anni in un' Azienda della Regione Umbria e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno tre anni;

2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2023) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per le zone carenti;

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.34 dell' ACN-MMG del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

a) per trasferimento (articolo 34 comma 5, lettera a) punto ii) e comma 7): i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria da almeno due anni in un'Azienda della Regione Umbria e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno tre anni, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con un carico inferiore a 650 assistiti. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. **I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda** ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento. Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria/continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1 del vigente ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore metà al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Ai sensi del citato art. 34, comma 6, i medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art.34, comma 23, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (art.34 comma 5 lettera b): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri (comma 8):

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (Azienda) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore metà al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2024).

Per l'assegnazione degli incarichi ai medici inclusi nella graduatoria regionale, in virtù di quanto previsto nell'art.34, comma 13 dell'ACN 28/04/2022 viene riservata una percentuale di assegnazione, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, e precisamente:

- 80% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento), a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento) a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale (abilitazione conseguita entro il 31/12/1994).

Qualora, per carenza di domande, non vengano assegnati tutti gli incarichi spettanti ad una delle due riserve, essi verranno assegnati all'altra;

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa;

- c) **(art.34 comma 5 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.**

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito carente (Azienda), in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici nel rispetto delle priorità sopra indicate:

- 1° **per trasferimento (art.34, comma 5 lettera a);**
- 2° **per graduatoria (art.34, comma 5 lettera b) medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria – Anno 2024;**
- 3° **medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024 (art.34, comma 5 lettera c).**

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura:

“DOMANDA POSTO VACANTE CA – PUBBLICAZIONE BUR 2024”

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto- **Modulo CA-4** nonché il modulo **CA-5** (dichiarazione assolvimento imposta di bollo)

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0743/210417 Fancelli Sabrina - 075/5414237 Marchetti Donatella – 075/5414257 Angeloni Daniela – 0744/204377 Cicciola Valentina.

UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0166 (*Gratuito*)

Modulo CA-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AD ATTIVITA' ORARIA
(per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

TAG: BUR2024

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 5 lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria ad attività oraria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

Modulo CA-1

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 ACN MMG 28/04/2022);
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria come di seguito elencato:
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 ACN MMG 28/04/2022);
- E) di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art.34 comma 23 ACN 28/04/2022 ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo CA-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo CA-5.

Modulo CA-2

**-DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AD ATTIVITA' ORARIA
(per graduatoria)**

**PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

Art. 34, comma 5, lettera b) dell' ACN MMG del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

TAG: BUR2024

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2024 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria ad attività oraria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale

Modulo CA-2

In osservanza di quanto previsto dall'art. 34 comma 13 dell'ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003
- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria
4. Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno 2024, il medico che abbia accettato l'incarico.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo CA-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo CA-5.

Modulo CA-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AD ATTIVITA' ORARIA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2023)**

Art. 34, comma 5 lettera c) dell' ACN MMG del 28/04/2022

TAG: BUR2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____ dal _____

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria ad attività oraria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	

Modulo CA-3

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale

conseguito il _____ presso la Regione _____

(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2024)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo CA-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo CA-5.

CA-4

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

TAG: BUR2024

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) 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 _____

2) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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 _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

CA-4

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

CA-4

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria 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 _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Modulo CA-5

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

TAG: BUR2024

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

L'Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Medici del Ruolo Unico di ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € <u>16.00</u>	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00
Numero Identificativo _____	
Data _____	

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

DICHIARA INOLTRE

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo;
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso E.S.T. (118). Avviso di pubblicazione incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) anno 2024.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn.4495/97, 1609/99, in attuazione dell'art.63 dell'ACN per la Medicina Generale del 28/04/2022. si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) individuati dalle Aziende Sanitarie della Regione Umbria.

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Emergenza Sanitaria Territoriale	28	Presidi Ospedalieri Aziendali

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Emergenza Sanitaria Territoriale	15	Presidi Ospedalieri Aziendali

Azienda Ospedaliera di Perugia

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Emergenza Sanitaria Territoriale	2	Azienda Ospedaliera di Perugia

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione, come previsto nell'articolo 66 dell'ACN MMG - 28/04/2022

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Umbria o in un'Azienda di altra Regione, a

condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

2. i medici inclusi nella **graduatoria unica di Medicina Generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 – Pubblicata sul B.U.R.U. serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023.**
3. i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza **(31/01/2023)** della presentazione della domanda di inclusione **nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024** autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per gli incarichi vacanti.
4. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria di cui all'**Art. 9 co.1 D.L. n.135/2018 convertito dalla Legge n.12/2019.**
5. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria di cui all'**Art.12 comma 3 D.L. n.35/2019 convertito dalla Legge n.60/2019.**
6. Medici destinatari della norma di cui all'**Art. 1 commi 272 e 273 della legge 30/12/2021 n. 234** in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale, in servizio presso le strutture del sistema di emergenza –urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della L. n. 234/2021 (01/01/2022) ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi; a determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi 10 anni, nei servizi di emergenza–urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art. 63 dell'A.C.N. - MMG del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento (art.63 c.6 lettera a):** I medici titolari di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale in un'Azienda della Regione Umbria o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da due anni dell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1 dell'A.C.N. - MMG - 28/04/2022. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Ai sensi dell'art.63 c.7 dell'ACM MMG del 28/04/2022, i medici già titolari d'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato, possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito nell'art.63 comma 16 dell'ACN – MMG del 28/04/2022, Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (art.63 c.6 lettera b): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2023 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 3 del 17/01/2023 i medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- **punteggio riportato nella graduatoria regionale sopra richiamata;**
- **punti 5 a coloro che nell'azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico (la data di riferimento è il 31/01/2021);**
- **punti 20 ai medici residenti nell'ambito della regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico (la data di riferimento è il 31/01/2021);**

c) art.63 c.6 lettera c): i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

d) art. 63 c. 6 lettera d) i medici di cui all'Art.9 co.1 del D.L. n.135/2018 convertito dalla Legge n.12/2019 frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione dell'Umbria

e) art. 63 co.6 lettera e) i medici di cui all'Art. 12 co.3 del D.L. n.35/2010 convertito dalla Legge n.60/2019, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione dell'Umbria

I medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale sono graduati, nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

- f) In subordine in caso di mancata assegnazione, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai Medici destinatari della norma di cui all'Art. 1 commi 272 e 273 della legge 30/12/2021 n. 234 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale, in servizio presso le strutture del sistema di emergenza –urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della L. n. 234/2021 (01/01/2022) ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi; a determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi 10 anni, nei servizi di emergenza–urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo determinato, come sopra determinata detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art.22 comma 1 dell'ACN 28/04/2022

In caso di pari anzianità di servizio, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione degli incarichi vacanti, ai medici nel rispetto delle priorità sopraindicate:

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. I giorni festivi si computano nel termine e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato il modulo EST-6

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto (Modulo EST-7).

La sottoscrizione della domanda e del modulo di autocertificazione non sono soggetti ad autenticazione qualora presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0743/210417 Fancelli Sabrina - 075/5414237 Marchetti Donatella - 075/5414257 Angeloni Daniela - 0744/204377 Cicciola Valentina.

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0167 (*Gratuito*)

Modulo EST-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6 lett.a), dell'ACN per la medicina generale 28/04/2022
- per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel
Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. del come di seguito indicato:

(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	☐

Modulo EST-1

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda USL di _____ della Regione _____
dal _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 A.C.N. MMG 28/04/2022)
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale come di seguito elencato:
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.22, comma 1 ACN per la MMG del 28/04/2022)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza (Art.63 comma 16 ACN MMG del 28/04/2022).

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo EST-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)
PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

Art.63 comma 6 lettera b) dell' A.C.N. MMG del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2024 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 6 lett.b) dell'ACN per la medicina generale 28/04/2022 per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. del come di seguito indicato:

(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	☐

Modulo EST-2

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

DICHIARA

1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei medici.....

3) di essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per il 2024 al n..... con punti.....

4) di essere residente nel Comune di prov..... dal (gg/mm/aaaa)

Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)

Dal.....al.....Comune di.....

Dal.....al.....Comune di.....

Dal.....al.....Comune di.....

Dal.....al.....Comune di.....

(i dati devono essere relativi alla residenza almeno a decorrere dal **31/01/2021**, pena la non attribuzione dei punti aggiuntivi di cui all'art. 63 co.9 lett.b e lett.c ACN MMG 28/04/2022)

5) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28/04/2022, conseguito presso l'Azienda USL di _____ Regione _____

In data _____

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

(non soggetta ad autenticazione)

N.B. Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di E.S.T. in base alla medesima graduatoria regionale (Anno 2024).

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo EST-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2023)**

Art.63 comma 6 lettera c) dell' A.C.N. MMG del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 comma 6, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n..... del e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	☐

Modulo EST-3

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione _____
(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2024)
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'66 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28/04/2022, conseguito presso l'Azienda USL di _____: _____
Regione _____ in data _____

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B. Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi di E.S.T. in base alla medesima graduatoria regionale (Anno 2024).

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo EST-4

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA**

Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019

Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____ dal _____

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 dell'ACN per la MMG del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. del e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia

Modulo EST-4

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione Umbria iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;
5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2029 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione Umbria iniziato in data.....(iscrizione tramite graduatoria riservata) (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;
6. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso l'Azienda USL di.....Regione..... in data.....

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo EST- 5

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medici di cui all'art.1 commi 272 e 273 della legge n.234 del 30 dicembre 2021)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dai commi 272 e 273 dell'art.1 della legge n. 234 del 30 dicembre 2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione UMBRIA n. del come di seguito indicato:
(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Presidi Ospedalieri Aziendali	☐

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Emergenza Sanitaria Territoriale	Azienda Ospedaliera di Perugia	☐

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

Modulo EST- 5**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28/04/2022, conseguito presso l'Azienda USL di: _____, Regione: _____ in data: _____;
4. di essere attualmente titolare di incarico convenzionale a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale, presso l'Azienda USL _____ di _____ Regione _____ dal _____;
5. di aver maturato alla data del 01/01/2022 un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi determinata da periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni a decorrere dal 01/01/2012, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale, di seguito elencati:
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.22, comma 1 ACN per la MMG del 28/04/2022.);

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo EST - 6**DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO****DPR 445/2000 art. 46 e 47**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:**L'Avviso di Pubblicazione dei posti vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)
anno 2024****Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli
atti e dichiarazioni mendaci****DICHIARA**

- Che l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da € 16,00 sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente numero seriale identificativo: _____
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

EST-7

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) 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 _____

2) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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 _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

EST-7

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

EST-7

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso PLS. Avviso di pubblicazione ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria anno 2024.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR.Umbria nn. 4495/97, 1609/99, si pubblica l'elenco delle zone carenti di Pediatria di Libera Scelta, individuate dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32 del vigente A.C.N. per la Medicina Pediatrica di Libera Scelta e dell'A.I.R. 28/06/2007 approvato con D.G.R.U. n. 1164 del 09/07/2007:

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto Alto Tevere – Comune di San Giustino	1

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

Distretto Valnerina – con apertura ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	1
Distretto Spoleto – con apertura ambulatorio principale in ambito distrettuale	1
Distretto Foligno - con apertura ambulatorio principale in ambito distrettuale con garanzia di ambulatorio secondario nel Comune di Bevagna	1

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Ai sensi e agli effetti delle disposizioni normative vigenti, gli aspiranti possono concorrere al conferimento degli incarichi per le zone carenti sopra indicate, secondo il seguente ordine:

- Per trasferimento:** titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta nella Regione Umbria iscritti da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza, che non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
- Per trasferimento:** titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta nella Regione Umbria iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
- i PLS **inclusi nella graduatoria** della Regione Umbria - Pediatria di Libera Scelta - valida per l'anno 2024 - pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023;

- d) i Pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024 **autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.**

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art. 32 dell'A.C.N. – PLS del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- 1. gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alle lett. a) e b)** sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico, di cui all'articolo 21, comma 1 dell'A.C.N. - PLS - 28/04/2022.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore metà.

Ai sensi dell'art. 19 dell'ACN – PLS – 28/04/2022, i pediatri già titolari d'incarico di pediatria di libera scelta a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito nell'art.32 comma 16 dell'ACN – PLS del 28/04/2022, il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

- 2. gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lett. c)** sono graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 - pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023;
- attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (distretto) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (non oltre il 31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i pediatri sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore metà.

Il pediatra che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2024).

3. gli **aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lett. d)** sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore metà.

Ai sensi del comma 11 dell'art 32 ACN PLS del 28/04/2022 I pediatri sono interpellati secondo il seguente ordine:

- a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);
- b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);
- c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);
- d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente (distretto), in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I Pediatri aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura:

“DOMANDA POSTO VACANTE PLS – PUBBLICAZIONE BUR 2024”

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto- **Modulo PLS-4** nonché il **modulo PLS-5** (dichiarazione assolvimento imposta di bollo)

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:

0743/210417 Fancelli Sabrina - 075/5414237 Marchetti Donatella – 075/5414257 Angeloni Daniela – 0744/204377 Cicciola Valentina.

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

Modulo PLS-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

TAG: BUR2024

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di pediatria di Libera Scelta

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5, lett. a) e b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Spoleto	ambulatorio principale in ambito distrettuale	
Foligno	ambulatorio principale in ambito distrettuale con garanzia di ambulatorio secondario nel Comune di Bevagna	

Modulo PLS-1

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____
dal _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1 A.C.N. – PLS 28/04/2022);
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta come di seguito elencato:
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.18, comma 1 ACN - PLS del 15/12/05 e s.m.i.);

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B

Ai sensi dell'art. 32 comma 16, il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'art 23 comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo PLS-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo PLS-5.

Modulo PLS-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)
PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024 - PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
Art.32 comma 5 lettera c) dell' A.C.N. PLS del 28/04/2022**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00c

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

TAG: BUR2024

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria per la Pediatria di Libera Scelta **Anno 2024**
al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**)

AZIENDA USL UMBRIA 1	
DISTRETTO	AMBITO
Alto Tevere	Comune di San Giustino

Modulo PLS-2

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Spoleto	ambulatorio principale in ambito distrettuale	
Foligno	ambulatorio principale in ambito distrettuale con garanzia di ambulatorio secondario nel Comune di Bevagna	

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

DICHARA

1. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____
4. di essere in possesso del diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____ (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
 (non soggetta ad autenticazione)

N.B. il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno (art. 32 comma 15)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo PLS-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo PLS-5.

Modulo PLS-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria (o discipline
equipollenti) successivamente alla data di scadenza della domanda di
inclusione in detta graduatoria (31/01/2023)
Art.32 comma 5 lettera d) dell' A.C.N. PLS del 28/04/2018**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

TAG: BUR2024

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5, lett. d) dell'ACN - PLS del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto	
Spoleto	ambulatorio principale in ambito distrettuale	
Foligno	ambulatorio principale in ambito distrettuale con garanzia di ambulatorio secondario nel Comune di Bevagna	

Modulo PLS-3

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

DICHIARA

1. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____ / ____ corso di specializzazione iniziato il _____ e terminato il _____
4. di essere in possesso del diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____ (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____ / ____ corso di specializzazione iniziato il _____ e terminato il _____

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa – Modulo PLS-4
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione – Modulo PLS-5.

PLS-4

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

TAG: BUR2024

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai
 sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel
 caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto..... ore settimanali.....

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal.....

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico convenzionato di pediatria di libera scelta ai sensi dell'ACN del 15/12/2005 e s.m.i. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal

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

A.S.L. branca..... ore sett.....

A.S.L. branca..... ore sett.....

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

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

5. 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..... o in altra Regione (2):

Regione..... A.S.L..... ore sett.....

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

PLS-4

6. 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

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

7. 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

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

8. 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.....

Periodo: dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. Comune di.....

Periodo: dal.....

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal.....

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

PLS-4

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

.....
.....

Periodo: dal.....

14. 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.....

15. essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i.

specificare specializzazione

Conseguito il.....presso l'Università di

NOTE

.....
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

PLS-5**DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO****DPR 445/2000 art. 46 e 47****TAG: BUR2024**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:**L'Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti di Pediatria di Libera Scelta presso le Aziende USL della Regione Umbria anno 2024.****Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci****DICHIARA**

- Che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € <u>16,00</u>	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00
Numero Identificativo _____	
Data _____	

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

DICHIARA INOLTRE

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo;
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ **firma per esteso** _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 1
PERUGIA

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2024.

Ai sensi dell'art. 72 dell'ACN per la Medicina Generale del 28/04/2022 si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 – Casa Circondariale di Perugia “Capanne”.

Azienda USL Umbria 1 – Casa Circondariale di Perugia “Capanne”

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>
Assistenza negli Istituti Penitenziari	7

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;
2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 59 del 14/11/2023;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2023) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per l'assegnazione di incarichi vacanti;
4. i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria;
5. i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.72 dell'ACN-MMG del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) **per trasferimento (articolo 72 comma 4):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art.72, comma 10, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

- b) **per graduatoria (art.72 comma 5): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria** valida per l'anno 2023 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 3 del 17/01/2023, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2021) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

- c) **i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 7, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione Umbria e da ultimo fuori Regione.

- d) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;**

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 8, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- e) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.**

Tali medici sono graduati ai sensi dell'art. 72, comma 8, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici, nel rispetto delle priorità sopra indicate, secondo quanto stabilito dall'art. 72 comma 9:

- 1° per trasferimento;
- 2° per graduatoria, medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria – Anno 2024;
- 3° medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024;
- 4° medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria;
- 5° medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Umbria.

Attribuzione degli incarichi

L'Azienda provvede alla convocazione di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 dell'ACN-MMG del 28/04/2022 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria1@postacert.umbria.it

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Azienda USL Umbria 1 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. I giorni festivi si computano nel termine e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato il modulo AIP- 4

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <https://www.uslumbria1.it/pagine/privacy>

**Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
Angeloni Daniela 075-5414257 - Marchetti Donatella 075-5414237.**

**IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Nicola Nardella**

T/0169 (Gratuito)

Modulo AIP-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
per trasferimento**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza negli istituti penitenziari pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

Modulo AIP-1

- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 28/04/2022);
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari come di seguito elencato:
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 28/04/2022);
- E) di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante per trasferimento ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(per graduatoria)**

**PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

Art. 72, comma 3, lettera b) dell'ACN MMG del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: **aslumbria1@postacert.umbria.it**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2024 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

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

Modulo AIP-2**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (BURU n. 59 del 14/11/2023)**

Art. 72, comma 3, lettera c) dell' ACN MMG del 28/04/2022

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: aslumbria1@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO	
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"	

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

Modulo AIP-3

DICHARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. **di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione _____**

(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2024)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-4

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA**

**PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA**

Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019

Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 1
PEC: aslumbria1@postacert.umbria.it

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____ dal _____

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett.re d) ed e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. del e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO
Assistenza negli Istituti Penitenziari	Casa Circondariale di Perugia "Capanne"

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

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

Modulo AIP-4

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data o nella sessione n. dell'anno, presso l'Università di
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;
5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2029 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../..... (iscrizione tramite graduatoria riservata) presso la Regione iniziato in data..... (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o Comune c.a.p. prov.

indirizzo n.

Data firma per esteso
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo AIP-5

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) 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 _____

2) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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 _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

Modulo AIP-5

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

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 _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

Modulo AIP-5

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____/_____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Modulo AIP-6**DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO****DPR 445/2000 art. 46 e 47**

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente alla pubblicazione ordinaria per incarichi vacanti di Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 1 anno 2024.**Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci****DICHIARA**

- Che l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da € 16,00 sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente numero seriale identificativo: _____
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ **firma per esteso** _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

Avviso assistenza negli istituti penitenziari. Avviso di pubblicazione ordinaria incarichi vacanti Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2024.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale f.f. proposta n. 715 del 08/04/2024, ai sensi del combinato disposto art. 72 dell'ACN per la Medicina Generale del 28/04/2022 e della DGRU n. 1019 del 4/10/2023, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Medico di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2

ATTIVITA'	POSTI
Assistenza negli Istituti Penitenziari dell'ambito Aziendale	23

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;
2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 54 del 14/11/2023;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2023) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per l'assegnazione di incarichi vacanti;
4. i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;
5. i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art. 72 dell'ACN-MMG del 28/04/2022 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

a) per trasferimento (articolo 72 comma 4): i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art. 72, comma 10, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (articolo 72 comma 5): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 54 del 14/11/, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2020) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2020) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, voto di laurea ed anzianità di laurea.

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023) valida per l'anno 2024, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati ai sensi dell'**articolo 72 comma 7**, nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea,

con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;**

Tali medici sono graduati ai sensi dell'**articolo 72 comma 8**, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- e) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.**

Tali medici sono graduati ai sensi del citato **articolo 72 comma 8**, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito aziendale dichiarato carente, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE CARENZE

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici, nel rispetto delle priorità sopra indicate, secondo quanto stabilito **dall'articolo 72 comma 9**:

ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

L'Azienda provvede alla convocazione di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 dell'ACN-MMG del 28/04/2022 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Si precisa che l'oggetto della PEC dovrà contenere la seguente dicitura:

“DOMANDA MEDICI DI ISTITUTI PENITENZIARI – PUBBLICAZIONE BUR 2024”

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. I giorni festivi si computano nel termine e, se il giorno di scadenza fosse festivo, la scadenza è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, farà fede l'avviso di consegna della PEC.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Per l'assolvimento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovrà essere allegato il modulo 4.

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata copia non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <https://www.uslumbria2.it/pagine/privacy>

**Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
Sabrina Fancelli 0743 210417 – Valentina Cicciola 0744 204377.**

**IL DIRETTORE GENERALE f.f.
f.to Dott. Piero Carsili**

T/0170 (Gratuito)

Modulo 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
per trasferimento**

(TAG UCR24BUR)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza negli istituti penitenziari pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. ____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO	
Assistenza negli Istituti Penitenziari		

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____

con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

Modulo 1

- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 28/04/2022);
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza negli Istituti Penitenziari come di seguito elencato:
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
- dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 72, comma 4 ACN MMG 28/04/2022);
- E) di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante per trasferimento ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo 2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(per graduatoria)**

PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA

ANNO 2024

Art. 72, comma 3, lettera b) dell'ACN MMG del 28/04/2022

(TAG UCR24BUR)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2024 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito)**:

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO
Assistenza negli Istituti Penitenziari	

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

Modulo 2**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo 3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2024**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2023)**

Art. 72, comma 3, lettera c) dell'ACN MMG del 28/04/2022

(TAG UCR24BUR)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO
da €16,00

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____

proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____

e residente nel territorio della regione _____ dal _____

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito)**:

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO
Assistenza negli Istituti Penitenziari	

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

Modulo 3**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia 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 iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il _____ presso la Regione _____

(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2023)

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

Modulo 4

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

(TAG UCR24BUR)

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

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente alla pubblicazione ordinaria per incarichi vacanti di Medici di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL Umbria 2 anno 2023.

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- Che l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da € 16,00 sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente numero seriale identificativo: _____
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ firma per esteso _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Modulo 5**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)**(TAG UCR24BUR)**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) 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 _____

2) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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

Modulo 5

Regione _____ o in altra regione (2):
 Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio: dal _____

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 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 e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 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 _____
 Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

Modulo 5

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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 non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000pia del documento di identità.

Modulo 6

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA**

**PER I MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA**

Art.9 comma 1 del D.L. 135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019

Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2019 convertito con la Legge n.60 del 25/06/2019

(TAG UCR24BUR)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00 _____
--

All'Azienda USL Umbria 2
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
 prov. _____ il _____ codice fiscale _____
 residente a _____ prov. _____ via _____
 n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
 proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
 e residente nel territorio della regione _____ dal _____
 Email _____
 PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lett.re d) ed e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza negli istituti penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. del e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO	
Assistenza negli Istituti Penitenziari		

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

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

Modulo 6

2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data o nella sessione n. dell'anno, presso l'Università di
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
4. di frequentare, ai sensi **dell'Art.9 D.L. N.135 del 14/12/2018 convertito con la Legge n. 12 del 11/02/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione iniziato in data.....(barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;
5. di frequentare, con iscrizione ai sensi **dell'Art.12 comma 3 del D.L. 30/04/2029 n.35 convertito, dalla Legge n. 60 del 25/06/2019**, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale...../.....presso la Regione iniziato in data.....(iscrizione tramite graduatoria riservata) (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°;

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o Comune c.a.p. prov.

indirizzo n.

Data **firma per esteso**
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.

CRISTINA CLEMENTI - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza
