

**AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO – Via Nizza 146 –
P.IVA 04701800650**

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al | 0 settembre 2023 dalla ASL SALERNO Regione Campania, art.63 comma 1 del vigente A. CN. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

Ai sensi dell'art. 63, comma 1, del vigente ACN, nel presente Avviso si pubblicano gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2023 dalla Azienda Sanitaria Locale Salerno - Regione Campania.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente tramite pec.: protocollogenerale@pec.aslsalerno.it, la domanda di partecipazione, compilando altresì laddove necessario, l'autocertificazione informativa (cd allegato L).

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del vigente A.C.N.

Ciò premesso in via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

per trasferimento: i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Campania 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; I 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, ACN. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

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.

I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

per graduatoria:

1. i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale;
2. 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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui all'art.63, comma 4, AC;
3. 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;
 - a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:
 - i. medici frequentanti la terza annualità del corso
 - ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso
 - iii. medici frequentanti la prima annualità del corso
4. 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.
 - a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:
 - i. medici frequentanti la terza annualità del corso
 - ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso

- iii. medici frequentanti la prima annualità del corso
5. i medici di cui all'art. 1 comma 272 della legge 234. del 30.12.2021.

La graduatoria verrà effettuata ai sensi dell'art.63 ACN, comma 9.

I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

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.

Pertanto qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art.63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale, rimarranno vacanti, si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Campania, in possesso del corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del vigente A.C.N.

a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:

- i. medici frequentanti la terza annualità del corso
- ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso
- iii. medici frequentanti la prima annualità del corso

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico dovrà rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

La domanda, deve essere inviata esclusivamente alla Aziende Sanitaria Locale Salerno, in relazione agli incarichi vacanti pubblici, tramite pec.: protocollogenerale@pec.aslsalerno.it, riportando sulla busta la dicitura "domanda per conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale anno 2023".

La ASL provvederà a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all' art. 63del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti d'emergenza sanitaria territoriale.

Attenzione: i medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art.21 del vigente ACN.

SERVIZIO EMERGENZA TERRITORIALE INCARICHI ZONE CARENTI

Macro-area	CARENZE N.
Zona Nord	5
Costiera Amalfitana — Cava dei Tirreni	6
Zona Centro	18
Zona Sud	29
TOTALE	58

GENNARO
SOSTO

19.02.2024

17:02:30

GMT+01:00

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Gennaro Sosto



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

(ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL SALERNO
VIA NIZZA 146
84124 SALERNO

Marca da Bollo €16,00

li sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ e residente
a _____ prov. _____ via _____ n
CAP _____ CELL. _____ PEC _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'emergenza sanitaria territoriale
A far data dal _____ presso l'Azienda/ USL _____
Regione _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63 ACN vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO	N.

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ con _____ voto
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso
l'Azienda /USL di _____ della Regione _____ dal
i / _____
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria
territoriale:

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria
territoriale;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs, 196/2003 e san i. e
del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec:

Data _____ firma per esteso _____

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

(ALLEGATO B)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL SALERNO
VIA NIZZA 146
84124 SALERNO

Marca da Bollo E 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ e residente a
_____ prov. _____
via _____ n. _____
CAP _____ CELL. _____ PEC _____

Regione _____ INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE
VALIDA PER L'ANNO 2023

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 ACN vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sui Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO	SANITARIO	N.

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ Con _____ voto _____
 2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
(cancellare quello che non interessa)
 3. di essere iscritto nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2023 con punti _____, e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;
 4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
 5. di essere residente nel comune di _____ dal _____
 6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____
 7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____
-
8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
 9. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____
 10. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec:

Data _____ firma per esteso _____

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO C)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL SALERNO
VIA NIZZA 146
84124 SALERNO

Marca da Bollo E 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ e residente a

prov. _____ via _____

CAP _____ CELL. _____ PEC _____

Regione _____ INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA
PER L'ANNO 2023

FA DOMANDA

seconda quanto previsto dall'articolo 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangano vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi

(indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO	N.

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in _____ data _____ con _____ voto
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
3. di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____ presso la Regione _____ iniziato in data;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di _____ prov() dal _____
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679

DICHIARA INOLTRE

- a) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o più incarichi emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti
- b) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec:

Data

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art38 del DPR 445/00).

(ALLEGATO D)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott., _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente in _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
dal _____
iscritto all'ordine dei medici n. _____ della provincia di _____
CELL _____ PEC _____

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

DICHIARA

1. fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o

_____privati (2) :

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal

5. 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

6. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

14. 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 settimanali --

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal-----

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

Azienda----- Comune di _____

Periodo: dal _____

16 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 _____

17 essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

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

Periodo: dal _____

19 essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda Comune ore sett. _____

Tipo di attività - _____

Periodo: dal _____

20 operare/non operare(1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al. rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7,10):

Soggetto

Pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: _____ dal _____

al _____

NOTE:

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ In Fede _____

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione note

GENNARO
SOSTO
28.02.2024
12:00:09
GMT+01:00

