

D.D.G. n. 818/2018

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

IL DIRIGENTE GENERALE

**“BANDO INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 1°
MARZO 2018 – INTEGRAZIONE A.S.P. CATANIA”**

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge 23/12/78 n. 833;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo 229/99;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale siglato in data 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, ed in particolare l'art. 92 che stabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale e l'art. 93 c. 1 ai sensi del quale gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda e comportano l'esclusività del rapporto;
- VISTO l'art. 15 comma 11 dell'ACN 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'attribuzione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;
- VISTO l'art. 92 A.C.N. 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, ai sensi del quale gli incarichi di emergenza sanitaria territoriale sono conferiti ai medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione di cui all'art. n. 96 del citato Accordo;
- VISTO il D.A. 23/02/07 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 14 del 30/03/2007, con il quale è stato reso esecutivo l'Accordo Regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- VISTO in particolare l'art. 1 comma 2 del citato Accordo Regionale di Emergenza sanitaria Territoriale ai sensi del quale, “fermo restando quanto previsto dall'art. 92, comma 5, dell'A.C.N. di Medicina Generale 23 marzo 2005, qualora dopo aver esperito le procedure di conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui alle lettere a) (trasferimenti) e b) (b1, b2, b3 graduatoria di settore), rimangono ancora incarichi disponibili, gli stessi saranno attribuiti a medici, in possesso dei requisiti di cui

all'art. 15, comma 2, (attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente) dell'A.C.N. 23 marzo 2005, ma non inseriti nella graduatoria regionale di settore, i quali abbiano conseguito l'attestato di idoneità alle attività di emergenza dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore”;

- VISTO il D.A.n. 0481 del 25/03/09, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 18 del 24/04/09, con il quale sono state emanate le “Nuove linee guida sul funzionamento del servizio di emergenza-urgenza sanitaria regionale S.U.E.S. 118 che in particolare, uniforma i mezzi di soccorso medicalizzati superando la precedente distinzione in ambulanze di tipo A e CMR e identifica gli stessi come Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA);
- VISTO il D.D.G. n. 2130/17 del 30/10/17 (G.U.R.S. n. 50 del 17/11/17) e successive modifiche ed integrazioni, con il quale sono state approvate le Graduatorie Regionali definitive di Medicina Generale valide per l'anno 2018, ed in particolare la graduatoria relativa al settore di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- VISTA la nota prot. n. 19011 del 5 marzo 2018 con la quale è stata richiesta alle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione la ricognizione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale al 1° marzo 2018, ai sensi dell'art. 92 del sopracitato A.C.N;
- VISTO il D.P.R. n. 445/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;
- VISTA la delibera 15 maggio 2014 del Garante per la protezione dei dati personali, concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della P. A.;
- VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s.m.i.;
- PRESO ATTO delle comunicazioni pervenute da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione relativamente agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, sia per i PP.TT.EE. che per le ambulanze medicalizzate, vacanti al 1° marzo 2018;
- VISTO il D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 20 del 4 maggio 2018, con il quale sono stati pubblicati gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale accertati al 1° marzo 2018;
- VISTA la nota prot. n. 47845 del 20 aprile 2018 con la quale l'A.S.P. di Catania ha comunicato gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale al 1° marzo 2018;
- RITENUTO pertanto di dovere provvedere alla necessaria integrazione;

DECRETA

ART. 1 - Per quanto in premessa indicato e fermo restando quant'altro previsto dal D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, di integrare il suddetto D.D.G. n. 638/18 con i seguenti incarichi:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Randazzo	1	38 h settimanali;
- Grammichele	1	38 h settimanali;
- Mineo	1	38 h settimanali;
- Bronte	1	38 h settimanali;
- Misterbianco	1	38 h settimanali;
- Militello	2	38 h settimanali;

ART. 2 – Fermo restando che rimangono valide le domande di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale già presentate secondo le modalità e i termini di cui al D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, sono riaperti i termini di presentazione delle domande unicamente per coloro che intendessero concorrere limitatamente alla copertura degli incarichi dell'A.S.P. di Catania.

I medici interessati, **entro 15 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** (art. 92 comma 13 A.C.N. di Medicina Generale) devono trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati "A", "B" o "C".

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, 16 MAG. 2018

IL DIRIGENTE GENERALE

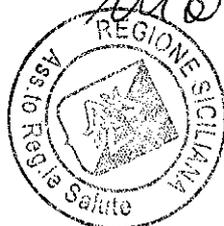
(ing. Mario La Rocca)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO AD INTERIM

(dott.ssa Antonella Di Stefano)

IL FUNZIONARIO DIRETTIVO

(geom. Calogero Geraci)



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da Bollo
€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di emergenza sanitaria territoriale presso l'A.S.P. di _____,
della Regione _____ dal _____ e con anzianità
complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza sanitaria territoriale (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ della Regione _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____ (1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2) (3)

Data _____

Firma (4) _____

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA DI SETTORE 2018)**

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria regionale di
medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale
valida per l'anno 2018 con punti _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici
di medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di
emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____
del _____ :

Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T.,
l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (all."B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina Generale conseguito in data _____ presso
_____ con punti _____

inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2018 con punti _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione _____ A.S.P. di _____;
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. di _____ dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(ai sensi dell'art. 1 c. 2 dell'A.I.R. di Emergenza Sanitaria Territoriale)**

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____

il _____

residente a _____

CAP _____

Via _____

tel. _____

cell. _____

P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 2 dell'A. I. R. di Emergenza Sanitaria Territoriale, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale, attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A.;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso _____ con punti _____

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- c) di essere/non essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione _____ A.S.P. _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

- 1) essere / non essere titolare a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____ ;
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____ ;
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale nella Regione _____ Azienda _____ Presidio _____ ore sett. _____ ;
- 6) essere / non essere 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:
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____
- 7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ ;
- 8) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:
Provincia _____ Azienda _____ branca _____
_____ dal _____ ;
- 9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____ ;
- 10) operare / non operare 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:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____

Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____ ;

- 11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____ ;
- 12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____ ;
- 13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____ ;
- 14) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____ dal _____ ;
- 15) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
dal _____ ;
- 16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____ ;
- 17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____ ;
- 18) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Tipo di attività _____ dal _____ ;
- 19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____ ;
- 20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):
soggetto erogante il trattamento pensionistico _____ dal _____ .

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma (3) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del aiD.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

