



**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 - PEC: aslrieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

**DIREZIONE GENERALE**

PROT. 81425 DEL ..... <sup>21 DIC. 2020</sup> SCADENZA 21/01/2021

**OGGETTO: Avviso per la formazione della Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Continuità Assistenziale e Assistenza Primaria, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2021.**

**VISTO** l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D. l.gs. 502/92 e s.m.i., sottoscritto in data 20.01.2005 dalla SISAC e dalle OO.SS. di categoria ed esecutivo a far data dal 23.03.2005, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Stato - Regioni (di seguito denominato A.C.N. per la medicina generale 23.03.2005), come modificato dai successivi AA.CC.NN. 9.07.2009, 08.07.2010, 21.06.2018 e 18.06.2020;

**VISTI** gli art. 15, 37 e 70 dell'Accordo citato che prevedono, nelle more dell'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato, la possibilità di conferire incarichi provvisori o di sostituzione, secondo l'ordine della Graduatoria Regionale vigente di medicina generale, nonché secondo l'ordine delle Graduatorie predisposte dalle Aziende di disponibilità di Continuità Assistenziale e di Assistenza Primaria;

**CONSIDERATO** che tale disposizione non è stata modificata dagli AA.CC.NN. per la medicina generale del 29 luglio 2009, del 08 luglio 2010, del 21 giugno 2018 e del 18 giugno 2020, successivamente intervenuti;

**TENUTO CONTO** delle indicazioni contenute nel parere espresso dal Comitato Reg. per la Medicina Generale nella seduta del 17.07.2013 - trasmesso dalla Regione Lazio con nota prot. n. 153921/DB27-05 del 09.08.2013 - relativamente all'interpretazione dell'art. 70 comma 4 dell'ACN medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., secondo cui la "priorità" prevista nell'assegnazione di incarichi provvisori di C.A. ai medici residenti nel territorio dell'Azienda, debba essere intesa come criterio preferenziale, ma solo a parità di punteggio;

**TENUTO CONTO** che l'art. 2 dell'ACN del 21.06.2018 disciplina le modalità di formazione delle graduatorie regionali ed aziendali per il conferimento degli incarichi temporanei e di sostituzione nell'attività di assistenza primaria e di continuità assistenziale, graduati secondo il seguente ordine;

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) 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.  
Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
  - e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.
- (I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea).

**VISTI** altresì gli artt. 12 e 39 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, approvato con DGR n. 229 del 21.04.06, che consente alle Aziende di attribuire incarichi provvisori e di sostituzione, definendone la durata in relazione alla necessità di assicurare la continuità del servizio;

**VISTA** la deliberazione n. 149/DG del 12.02.2016, di approvazione del regolamento che stabilisce i criteri per la formazione delle graduatorie aziendali di disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti per le attività di continuità assistenziale, medicina dei servizi territoriali e pediatri di libera scelta, così come modificato ed integrato dal regolamento aziendale, condiviso con il Comitato Aziendale di Medicina Generale nella seduta del 29/10/2019; ed approvato con la deliberazione n. 25 del 15.01.2020;

**PRESO ATTO** che sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 146 supplemento n. 1 del 01/12/2020 sono state pubblicate le graduatorie definitive di settore della medicina generale valide per l'anno 2021, approvate con Determinazione 26 novembre 2020, n. G14172;

**CONSIDERATO** che l'Azienda deve predisporre la Graduatoria Aziendale di disponibilità prevista dall'art. 15 comma 12 del vigente ACN, da utilizzarsi per la copertura dei turni vacanti di Continuità Assistenziale e Assistenza Primaria che rimarrà in vigore fino alla pubblicazione della Graduatoria Regionale valida per il 2021;

SI EMANA IL SEGUENTE

## **AVVISO**

**Per la formazione della Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Continuità Assistenziale e Assistenza Primaria, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2021.**

Sulla base dell'art. 2 dell'ACN del 21.06.2018 il presente avviso è rivolto alle seguenti categorie di Medici:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale di Medicina Generale anno 2021;
- b) 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.
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

- Le domande di ammissione all'Avviso, dovranno essere redatte in bollo, secondo la modulistica allegata (all. n. 1) e dovranno essere consegnate, unitamente alla documentazione ad esse allegata, all'Ufficio protocollo, entro il 30° giorno dalla pubblicazione del bando sul sito aziendale, ovvero spedite per raccomandata R.R. entro tale

termine all'ASL Rieti, Via del Terminillo, 42, 02100 RIETI ( a tal fine farà fede il timbro con la data dell'Ufficio postale accettante) od, infine, trasmessa, entro il suddetto termine, con modalità telematica al seguente indirizzo di posta certificata: [medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it) assolvendo l'imposta di bollo secondo le modalità indicate nel modulo di attestazione del pagamento del bollo (all. n. 2).

Ai fini del conferimento degli incarichi di cui all'Avviso e per la scelta della sede vacante disponibile, l'Azienda si riserva di contattare i medici disponibili, sempre secondo l'ordine di graduatoria, esclusivamente a mezzo PEC.

Si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazione delle domande di ammissione agli impieghi di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

La graduatoria dei medici disponibili sarà formalizzata con determinazione del Direttore dell'UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione e verrà pubblicata sul sito Aziendale ([www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)) alla sezione "Bandi e Concorsi" nell'area "Avvisi Medicina Convenzionata".

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della sola procedura prevista dal presente avviso e all'eventuale attribuzione e gestione del rapporto di lavoro di continuità assistenziale, ed avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo le modalità stabilite dal codice citato. Il responsabile del trattamento dei dati è il direttore della UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi all'UOC Amm. Personale Dipendente a Convenzione e Collaborazione - tel. 0746/279532 (Dr. Maglioni Giovanni) – 0746/279555 (Dr.ssa Viel Rosa).

Il presente Avviso è affisso agli Albi dell'Azienda presso le seguenti sedi: Rieti sede centrale, P.O. di Rieti, Distretti 1 e 2, Casa della salute di Magliano Sabina, nonché pubblicato sul sito web aziendale ([www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)) alla sezione "Bandi e Concorsi" nell'area "Avvisi Medicina Convenzionata".

II. DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr.ssa Anna Petri

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

II. DIRETTORE SANITARIO  
Dr.ssa Assunta De Luca

II Direttore U.O.C. Amm. Personale Dipendente  
a Convenzione e Collaborazione  
Dott.ssa Ornella Serva

II Responsabile del Procedimento  
Dr. Giovanni Maglioni

<b>Marca da bollo vigente €16,00</b>
--

SPELT. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI  
 UOC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE,  
 A CONVENZIONE E COLLABORAZIONI  
 VIA DEL TERMINILLO, 42  
 02100 - R I E T I

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della  
 Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di  
 incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Continuità Assistenziale e  
 Assistenza Primaria, valevole per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale  
 di settore anno 2021.**

**Il/la sottoscritto/a (COGNOME) \*** \_\_\_\_\_

**(NOME) \*** \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE \*** \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ rec. Tel. \_\_\_\_\_

recapito cell. \_\_\_\_\_ e – mail \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PEC \*** \_\_\_\_\_

chiede di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data \_\_\_\_\_

con scadenza \_\_\_\_\_

**(\*) CAMPI OBBLIGATORI**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano  
 dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

- 1) di essere: in possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia,  
 conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in  
 data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_;

- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_  
di essere iscritto all'ordine dei medici di \_\_\_\_\_ con tessera  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- 3) di essere in possesso di attestato di formazione di med. gen. conseguito il  
\_\_\_\_\_;
- 4) di essere attualmente iscritto al corso di formazione specifica in medicina  
generale, presso Università di \_\_\_\_\_ iniziato nel mese  
\_\_\_\_\_ durata legale di anni \_\_\_\_\_;
- 5) di essere attualmente iscritto al corso di specializzazione, presso Università  
di \_\_\_\_\_ iniziato nel mese \_\_\_\_\_ durata legale di  
anni \_\_\_\_\_;
- 6) di essere medico inserito nella Graduatoria Reg. di Settore anno 2021 in  
posizione..... con punti .....
- 7) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17  
dell'ACN Medicina Generale 23.03.2005 e s.m.i.;
- 8) di svolgere le seguenti attività compatibili (*specificare eventuali rapporti  
convenzionali in atto*).....;

- di individuare quale domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere  
inviata ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Rec. Telef. \_\_\_\_\_;

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il  
trattamento dei dati personali.

DATA \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento  
d'identità.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE  
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:  
**Numero identificativo della marca da bollo \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma autografa leggibile

\_\_\_\_\_