



GRADUATORIE art. 19, c. 12 ACN 2024
valevoli per l'anno 2024 per medici specialisti, veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi) ambulatoriali interni,
per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI PORDENONE

ART. 19, comma 12, ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, I MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) RESO ESECUTIVO IN 04.04.2024

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui all'art. 19, comma 12 valevoli per **l'anno 2024**, per i medici specialisti, i medici veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, disponibili all'eventuale conferimento di **incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione**, devono inoltrare apposita domanda, in bollo, compilata secondo lo schema allegato, dal 1 maggio 2024 ed entro e non oltre il 15 maggio 2024.

La presentazione della domanda, in formato pdf, dovrà avvenire, a pena della esclusione, con la seguente modalità:

- invio da una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) personale dell'interessato, all'indirizzo PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

La domanda, firmata in calce dall'interessato, dovrà essere accompagnata da una fotocopia non autenticata di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità, ai sensi del DPR 445/2000. In alternativa, la domanda può essere inviata con la firma digitale dell'interessato.

Alla domanda va apposta ed annullata/sovrascritta una marca da bollo da € 16,00, i cui dati identificativi dovranno essere richiamati, nella domanda stessa, nell'apposita sezione individuata.

Ai fini della valutazione, la domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. N. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli posseduti alla scadenza del presente bando (15 maggio 2024).

Non è necessario allegare curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, attestati di partecipazione a corsi di formazione, attività professionale svolta quale dirigente medico, veterinario, chimico, biologo o psicologo, consulente libero-professionista o con contratto di lavoro atipico.

La modulistica dovrà essere compilata in stampatello, al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda.

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio nonché la mancanza dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla graduatoria.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno l'esclusione dalla graduatoria.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Politiche del Personale e Medicina Convenzionata dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - sede del Comitato Zonale di Pordenone - Via della Vecchia Ceramica 1 - 33170 Pordenone - Tel 0434 369835 369897 369622 369824
oppure scrivere una mail a: medicina.convenzionata@asfo.sanita.fvg.it

REQUISITI

DATI ANAGRAFICI

Indicare i dati anagrafici, la residenza e i recapiti presso cui si desidera ricevere eventuali comunicazioni (domicilio, telefono, e-mail, Posta Elettronica Certificata Personale dell'interessato).

TITOLI ACCADEMICI

Indicare i titoli accademici posseduti al 15.05.2024, comprensivi del voto ottenuto, eventuale lode, data di conseguimento e specificazione dell'università/scuola presso cui sono stati conseguiti:

- diploma di laurea o laurea specialistica o laurea magistrale della classe corrispondente;
- diploma/i di specializzazione;
- data di iscrizione all'albo/ordine professionale e specificazione dell'albo/ordine.

E' titolo valido per l'inclusione nelle graduatorie, il diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche dell'area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste nell'Allegato 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 e successive modifiche e integrazioni.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'art. 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i., è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

Le domande saranno graduate secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 dell'art. 19 dell'ACN 2024, in vigore nell'anno 2024 e approvate con decreto n. 943 del 14.12.2023, secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al c. 4 dell'art. 19 dell'ACN 2024, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA art. 19, c. 12 ACN
2024 e valevole per l'anno 2024
per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo
determinato o all'affidamento di sostituzione**

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI PORDENONE

ART. 19, COMMA 12 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) 2024

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate

Marca da
bollo
€ 16,00

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE
VIA DELLA VECCHIA CERAMICA, 1
33170 PORDENONE
Sede del COMITATO ZONALE DI PORDENONE

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

__l_ sottoscritt_	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
-------------------	-----------------	--------------

chiede di essere inclus__ nella seguente graduatoria art. 19 c. 12 ACN 2024, a valere per l'anno **2024**, relativamente all'ambito zonale di PORDENONE, nel cui territoriale intende ottenere l'incarico ambulatoriale:

- MEDICI SPECIALISTI: branca di _____*
- ODONTOIATRI*
- MEDICI VETERINARI: area _____*
- BIOLOGI*
- CHIMICI*
- PROFESSIONISTI PSICOLOGI*
- PROFESSIONISTI PSICOTERAPEUTI*

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata:

c/o _____ Comune _____

6. di essere iscritto **all'Albo professionale dei/degli:**

(barrare la voce che interessa) medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ; presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal ____/____/____

7. di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni in:**

✓ _____ conseguita il ____/____/____/

Presso l'Università/Scuola di _____

Con voto ____/____ senza lode con lode

✓ _____ conseguita il ____/____/____/

Presso l'Università/Scuola di _____

Con voto ____/____ senza lode con lode

✓ ovvero, per la branca di Cure palliative, della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 522. Della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regione _____ il ____/____/____;

N.B. indicare sempre: l'Università/scuola di specializzazione con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: _____ Via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

8. di avere/non avere **(1)** subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____)

9. di essere/non essere **(1)** soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo)

10. di avere/non avere **(1)** riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

11. di essere nella seguente posizione, ai sensi dell'art. 27, dell'A.C.N. 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni:

a) di essere/non essere **(1)** titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

b) di essere/non essere **(1)** proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

c) di esercitare/non esercitare **(1)** attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

d) di svolgere/non svolgere **(1)** attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale numero 2 dell'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i.;

- e) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato;
- f) di esercitare/non esercitare **(1)** la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, che non adottano le clausole economiche dell'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i., che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
- g) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- h) di fruire/non fruire **(1)** del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- i) di operare/non operare **(1)**, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui all'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i. e secondo modalità definite a livello regionale;
- j) di essere/non essere **(1)** titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- k) di essere/non essere **(1)** iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- l) di fruire/non fruire **(1)** di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale – APP. di cui all'articolo 54;

(1) cancellare la parte che non interessa

I sottoscritt_ dichiara altresì, di aver letto e compreso l'informativa completa sul trattamento dei dati personali disponibile al link: https://asfo.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/azienda_informa/docs/privacy/informativa_dipendenti-e-collaboratori_v.luglio2022_v.DEF.pdf.

I sottoscritt_ dichiara:

- 1) di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento/sovrascrizione della marca da bollo sul cartaceo della domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a, identificata come segue:
 - a) DATA E ORA DI EMISSIONE _____
 - b) IDENTIFICATIVO n. _____
- 2) **di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente (nel caso di trasmissione della domanda tramite PEC).**
- 3) di avere preso visione delle istruzioni e delle Avvertenze generali.

DATA _____

 FIRMA per esteso in originale del dichiarante
 (non soggetta ad autenticazione)

N.B. **ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**