

**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 Centro – Via Comunale del
Principe 13/a – 80145 Napoli – CF Partita IVA 0632813211 -
AVVISO INCARICHI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE A TEMPO
INDETERMINATO CON ANNESSI MODELLI DI DOMANDA A, B, C, D.**

In esecuzione della deliberazione del 25/07/2024, n° 1393, esecutiva a norma di legge, è indetto Avviso Pubblico per Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati dal 30 settembre 2023 dall'ASL NA1CENTRO – Regione Campania, art. 63 A.C.N. 28/4/22 per la Medicina Generale.

La presente procedura è disciplinata dal Capo III, art. 63 dell'A.C.N. Medicina Generale 28/4/22 e dalle disposizioni integrative che seguono.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso del Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente tramite p.e.c. all'indirizzo: cot118@pec.aslna1centro.it, la domanda di partecipazione secondo uno dei facsimile allegati (A-B-C-D), compilando altresì l'allegato E e allegando copia del proprio documento di identità o riconoscimento.

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 dell'A.C.N./22 per la Medicina Generale.

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

- a) Per trasferimento: i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Campania o di un'altra Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dall'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'art. 63, comma 6, lett. a) A.C.N./22.

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 di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) Per graduatoria: i medici inclusi nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2024 e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

- 1) Medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III, art. 63, comma 7;
- 2) Medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Campania, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
- 3) Medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

I medici sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 63, comma 6, lett. c), A.C.N./22 per la Medicina Generale.

Il medico che accetta l'incarico di emergenza sanitaria territoriale non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla graduatoria regionale valida per l'anno 2024.

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 nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 63, comma 13: "l'Azienda interpella prioritariamente:

- i medici di cui alla lettera a)
- successivamente i medici di cui alla lettera b)
- ed infine i medici di cui alla lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori regione".

Ai sensi dell'art. 9, comma 1, D.L. n. 135/2018, convertito dalla L. n. 12 del 11/02/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Campania, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63, comma 11 dell'A.C.N./22 per la Medicina Generale, 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.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- 1) Medici frequentanti la terza annualità del corso;
- 2) Medici frequentanti la seconda annualità del corso;
- 3) Medici frequentanti la prima annualità del corso;

in attuazione dell'art. 63, comma 11, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- 1) Minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- 2) Voto di laurea;
- 3) Anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti – alla data di pubblicazione delle carenze – nel territorio aziendale.

La domanda deve essere inviata esclusivamente alla Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite la p.e.c. sopra citata, riportando nell'oggetto la dicitura “domanda per conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale”.

In subordine, e con priorità di residenza, ai sensi della L.234 del 30/12/21, art. 1, commi 272 e 273, il personale medico, in servizio presso le strutture del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118, che siano in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio del 118 e che alla data del 1° gennaio 2024 abbia maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi nei servizi di emergenza-urgenza 118, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, può accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato anche senza il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale; a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- 4) Minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- 5) Voto di laurea;
- 6) Anzianità di laurea

La A.S.L. 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. 63, A.C.N./22 per la Medicina Generale. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante posta elettronica certificata, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra i posti vacanti pubblicati per i quali ha concorso.

La p.e.c. deve pervenire all'ASLNA1Centro: cot118@pec.aslna1centro.it perentoriamente entro le ore 12,00 del giorno precedente la data fissata per la riunione di assegnazione degli incarichiATTENZIONE: i medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art.

21, comma 1, A.C.N./22 per la Medicina Generale), ovvero non devono: fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui all'art. 63, comma 1, lett. f); fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lg.vo 196/03 E S.M.I. e del Regolamento U.E. 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.

Postazione prescelta (indicare con una "X")

POSTAZIONE P.S./118	N. POSTI ORGANICO	N.POSTI VACANTI
SAUT LORETO CRISPI	6	6
PSAUT CAPRI	6	2
SAUT S. PAOLO	12	8
SAUT PIANURA	6	6
SAUT SCAMPIA	6	6
SAUTS.GENNARO/VOMERO	12	7
PSAUT S. GIOVANNI BOSCO	6	1
SAUT P.ZZA MUNICIPIO	6	6
SAUT FERROVIA	6	6
PRESIDI GIUDIZIARI	2	0
SAUT PELLEGRINI	12	2
SAUT PONTICELLI	6	2
SAUT CHIATAMONE	6	6
SAUT ANNUNZIATA	6	1
TOTALE	98	59

La domanda deve essere accompagnata da valido documento di identità personale, a pena l'esclusione dalla procedura.

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Non è sanabile e comporta l'esclusione dall'Avviso l'omissione:

- della firma del concorrente a sottoscrizione della domanda stessa;
- della fotocopia del documento di riconoscimento.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione senza riserva di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate.

Non saranno esaminate le domande inviate prima della pubblicazione nel BURC. Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura. L'Amministrazione non assume, fin da ora, ogni responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documentazioni dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambio d'indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione. Le domande devono essere complete della documentazione richiesta.

L'elenco dei candidati ammessi verrà pubblicato sul sito internet Aziendale: <http://www.aslnapoli1centro.it> nell'apposito portale "Media e Comunicati" "Avvisi e Notizie" e avrà valore di notifica a tutti gli effetti.

L'assunzione in servizio dei vincitori sarà indicata all'atto della stipula del Contratto di lavoro individuale, fatta salva la facoltà dell'Azienda di differire la decorrenza dell'assunzione per ragioni organizzative.

Per quanto non esplicitamente previsto nel presente bando, si fa riferimento alla normativa vigente.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla **U.O.C. COT 118 – ATTIVITA' TERRITORIALI - Tel. 081/18775356 - 5494 – U.O.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO 0812544516.**

**F.to Il Direttore U.O.C.-118
ATTIVITA' TERRITORIALI
(Dr. Giuseppe GALANO)**

Firmato digitalmente da

GIUSEPPE GALANO

**CN = GIUSEPPE
GALANO
C = IT**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ai sensi dell'artt. 45- 46- 47 D.P.R. 445/00

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

il _____ Codice Fiscale _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. .445/2000 dichiara formalmente di:

essere residente in _____ Via _____;

laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università _____ in data

_____, con voti _____ iscritto all'Ordine dei Medici e Odontoiatri

della Provincia di _____, con n°. iscr. _____; cell. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

1) ESSERE/NON ESSERE(1) titolare del rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato e 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 con

massimale di n° _____ scelte e con n° _____ assistiti 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

con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ assistiti in carico alla data del _____

4) ESSERE/NON ESSERE(1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett _____

Azienda _____ branca _____ ore sett _____

5) ESSERE/NON ESSERE(1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati;

6) AVERE/NON AVERE(1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art 8, comma 5, Decreto Leg.vo N° 502/92 e successive modificazioni;

7) ESSERE/NON ESSERE(1) titolare di incarico per la continuità assistenziale o l'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva ovvero sotto forma di reperibilità;

8) ESSERE/NON ESSERE(1) iscritto 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 corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/89

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 quinques del Decreto Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni;

10) OPERARE/NON OPERARE(1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78;

11) SVOLGERE/NON SVOLGERE(1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/94 e SMI;

12) SVOLGERE/NON SVOLGERE(1) per conto dell'I.N.P.S. o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte;

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;

14) ESSERE/NON ESSERE(1) titolare o partecipante di quote di imprese e di

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;

16) SVOLGERE/NON SVOLGERE(1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo non compreso nei punti precedenti in caso negativo scrivere nessuno:

17) **ESSERE/NON ESSERE(1)** titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato;

18) **OPERARE/NON OPERARE(1)** a qualsiasi titolo e 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);

19) **ESSERE/ NON ESSERE(1)** titolare di trattamento di pensione a: (2)

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 _____

DICHIARA

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa; di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

NOTE

Eventuali notizie richieste in aggiunta o in caso di spazio non sufficiente per i campi precedenti

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'artt. 75- 76 D.P.R. 445/2000 dichiaro che tutte le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a..... autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

LUOGO

FIRMA

- (1) Cancellare la voce che non interessa
(2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 1 - CENTRO

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

(ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
Pec: cot118@pec.aslna1centro.it

Marca da bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ Via _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ a far data dal _____ Azienda/USL di
Residenza Regione _____ dal _____ cell. _____
p.e.c. _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'Emergenza Sanitaria Territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dal Capo III, art. 63, comma 6, lett. a), A.C.N.28/4/22 per l'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 gli incarichi per cui si concorre)

POSTAZIONE P.S./118	N. POSTI ORGANICO	N. POSTI VACANTI	Postazione prescelta (indicare con una "X")
SAUT LORETO CRISPI	6	6	
PSATU CAPRI	6	2	
SAUT S. PAOLO	12	8	
SAUT PIANURA	6	6	
SAUT SCAMPIA	6	6	
SAUT S.GENNARO/VOMERO	12	7	
PSAUT S. GIOVANNI BOSCO	6	1	
SAUT P.ZZA MUNICIPIO	6	6	
SAUT FERROVIA	6	6	
PRESIDI GIUDIZIARI	2	0	
SAUT PELLEGRINI	12	2	
SAUT PONTICELLI	6	2	
SAUT CHIATAMONE	6	6	
SAUT ANNUNZIATA	6	1	
TOTALE	98	59	

A Tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 45, 46, 47 D.P.R. 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 _____;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

dal _____ al _____ Regione _____
dal _____ al _____ Regione _____
dal _____ al _____ 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.Leg.vo 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento U.E. 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 A.C.N./22 uno o più incarichi di 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.**

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:

P.E.C.: _____

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 447/00).



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

(ALLEGATO B)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
STRADA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ Via _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ a far data dal _____ Azienda/USL di
Residenza Regione _____ dal _____ cell. _____
p.e.c. _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2020

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.03.05 e s.m.i. 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 gli incarichi per cui si concorre):

POSTAZIONE P.S./118	N. POSTI ORGANICO	N. POSTI VACANTI	Postazione prescelta (indicare con una "X")
SAUT LORETO CRISPI	6	6	
PSATU CAPRI	6	2	
SAUT S. PAOLO	12	8	
SAUT PIANURA	6	6	
SAUT SCAMPIA	6	6	
SAUT S.GENNARO/VOMERO	12	7	
PSAUT S. GIOVANNI BOSCO	6	1	
SAUT P.ZZA MUNICIPIO	6	6	
SAUT FERROVIA	6	6	
PRESIDI GIUDIZIARI	2	0	
SAUT PELLEGRINI	12	2	
SAUT PONTICELLI	6	2	
SAUT CHIATAMONE	6	6	
SAUT ANNUNZIATA	6	1	
TOTALE	98	59	

A Tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 45, 46, 47 D.P.R. 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 iscritto nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2020 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 territoriale;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di 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 dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Leg.vo 196/03 e s.m.i. e del
Regolamento U.E. n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- c) **di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 A.C.N./22 uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti;**
- d) **di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale.**

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:

P.E.C.: _____

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 447/00).



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

(*Capo III, art. 63, comma 6, lett. c), A.C.N.28/4/22*)

(*medico in possesso del corso di formazione specifica in medicina generale*)

(ALLEGATO C)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
STRADA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____

_____ n. _____ C.A.P. _____ a far data dal _____ Azienda/USL di

Residenza Regione _____ dal _____ cell. _____

p.e.c. _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2020

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lett. C) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.03.05 e s.m.i. 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 gli incarichi per cui si concorre):

POSTAZIONE P.S./118	N. POSTI ORGANICO	N. POSTI VACANTI	Postazione prescelta (indicare con una "X")
SAUT LORETO CRISPI	6	6	
PSATU CAPRI	6	2	
SAUT S. PAOLO	12	8	
SAUT PIANURA	6	6	
SAUT SCAMPIA	6	6	
SAUT S.GENNARO/VOMERO	12	7	
PSAUT S. GIOVANNI BOSCO	6	1	
SAUT P.ZZA MUNICIPIO	6	6	
SAUT FERROVIA	6	6	
PRESIDI GIUDIZIARI	2	0	
SAUT PELLEGRINI	12	2	
SAUT PONTICELLI	6	2	
SAUT CHIATAMONE	6	6	
SAUT ANNUNZIATA	6	1	
TOTALE	98	59	

A Tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 45, 46, 47 D.P.R. 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 aver acquisito il Diploma di formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione _____ 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 _____ dal _____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Leg.vo 196/03 e s.m.i. e del Regolamento U.E. n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- e) **di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 A.C.N./22 uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti;**
- f) **di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale.**

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:

P.E.C.: _____

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 447/00).



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
IN EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (*Capo III, art. 63, comma 6, lett. d), A.C.N.28/4/22*)

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO D)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
STRADA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____

_____ n. _____ C.A.P. _____ a far data dal _____ Azienda/USL di

Residenza Regione _____ dal _____ cell. _____

p.e.c. _____

Secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 1 del Decreto Legge n. 135/18, convertito in legge n. 12/19, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente A.C.N., uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangono 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 gli incarichi per cui si concorre):

POSTAZIONE P.S./118	N. POSTI ORGANICO	N. POSTI VACANTI	Postazione prescelta (indicare con una "X")
SAUT LORETO CRISPI	6	6	
PSATU CAPRI	6	2	
SAUT S. PAOLO	12	8	
SAUT PIANURA	6	6	
SAUT SCAMPIA	6	6	
SAUT S.GENNARO/VOMERO	12	7	
PSAUT S. GIOVANNI BOSCO	6	1	
SAUT P.ZZA MUNICIPIO	6	6	
SAUT FERROVIA	6	6	
PRESIDI GIUDIZIARI	2	0	
SAUT PELLEGRINI	12	2	
SAUT PONTICELLI	6	2	
SAUT CHIATAMONE	6	6	
SAUT ANNUNZIATA	6	1	
TOTALE	98	59	

A Tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 45, 46, 47 D.P.R. 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 aver acquisito il Diploma di formazione specifica in Medicina Generale presso la
Regione _____ in data _____;
4. di frequentare _____ (indicare l'anno in corso) del corso di formazione specifica in
medici generale relativo al corso triennale ____/____ presso la Regione _____
iniziato in data _____
5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Leg.vo 196/03 e s.m.i. e del
Regolamento U.E. n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- g) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 A.C.N./22 uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti;**
- h) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale.**

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:

P.E.C.: _____

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 447/00).