



**AVVISO**  
**PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DA**  
**UTILIZZARSI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO**  
**DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE PER LE ATTIVITA' PREVISTA**  
**DALL'ACN PER I RAPPORTI CON I MMG**  
**AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.GLS. N. 502/1992 e s.i.m**

In relazione al disposto di cui all'art. 15 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2005 e s.m.i. ( di seguito ACN), come modificato dall'art.2 dell'ACN 2016/2018 e dall'art.2 dell'ACN di marzo 2020, questa Azienda, in base al Regolamento approvato con Deliberazione n° 738 del 07/08/2020, deve redigere una apposita graduatoria di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di sostituzione delle attività previste dall'ACN nelle sedi Aziendali.

La graduatoria di cui al presente Avviso sarà valida per un anno o, comunque fino alla formazione di nuova graduatoria, e verrà predisposta in relazione al disposto di cui all'art. 2 dell'ACN 2016/2018 ( e s.m.i.) che ha modificato l'art. 15 dell'ACN 2005 (e s.m.i) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, secondo il seguente ordine di priorità:

- 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;
- C) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Basilicata;

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n° 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- D) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in altre Regioni si applica la norma finale dell'ACN 26/03/2020);
- E) Medici iscritti ai corsi di specializzazione;

I medici di cui alla lettera A) saranno graduati sulla base del punteggio riportato nella graduatoria regionale.

I medici di cui alla lettera da B) ad E) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Le domande di partecipazione al presente Avviso devono pervenire alla ASM, a pena di esclusione, **entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda**, debitamente compilate e sottoscritte, in bollo secondo le norme vigenti, utilizzando l'allegato modello.

Gli interessati, nella domanda di inserimento in graduatoria, dovranno indicare a pena di esclusione in forma di autocertificazione:

- nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici, E-mail e PEC;
- data, università e voto di laurea, ordine dei medici di iscrizione e numero di iscrizione;
- eventuali rapporti di lavoro pubblico o privato, borse di studio in godimento;
- eventuale iscrizione nella graduatoria della Regione Basilicata.

Le domande che perverranno successivamente alla data di scadenza, saranno inserite in una graduatoria aggiuntiva che potrà essere utilizzata nel caso di indisponibilità di medici nella graduatoria Aziendale, i medici saranno graduati con gli stessi criteri per quelli non inseriti nella graduatoria regionale.

La domanda indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, dovrà pervenire secondo una delle seguenti modalità e comunque, entro le ore 24:00 del giorno di scadenza:

- Lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo: Via Montescaglioso snc-75100 Matera, con oggetto : “ Avviso incarichi provvisori MMG anno 2021”;
- Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: [asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it](mailto:asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it), indicando nell'oggetto : “ Avviso incarichi provvisori MMG anno 2021”, l'Azienda si riserva di richiedere la copia cartacea;
- Consegna diretta all'ufficio Protocollo Aziendale sito in Matera alla Via Montescaglioso snc-75100 Matera. Con oggetto : “ Avviso incarichi provvisori MMG anno 2021” ;

Alla domanda dovrà essere allegato, a pena di esclusione, copia del documento di identità in corso di validità.

Il presente avviso sarà pubblicato esclusivamente sul sito web aziendale : [www.asmbasilicata.it](http://www.asmbasilicata.it).

I medici inseriti nella predetta graduatoria aziendale saranno convocati, presso la sede amministrativa Aziendale per il conferimento di eventuali incarichi provvisori, di cui al presente avviso.

Per ulteriori informazioni contattare i seguenti recapiti telefoni: 0835/253637 -0835/569832.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere e si procederà alla cancellazione della graduatoria aziendale.

La graduatoria sarà pubblicata all'albo pretorio on line della ASM, nel rispetto delle norme sulla riservatezza. In ogni caso gli interessati potranno prendere visione della versione completa presso i competenti uffici dell'Azienda.

Gli incarichi eventualmente disponibili, saranno assegnati sulla base della graduatoria di che trattasi con le procedure indicate nell'ACN (art. 38 e 70) e nel regolamento aziendale di cui alla delibera n.738 del 07/08/2020.

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. e all'AIR per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Matera li, 25/05/2021

Il Responsabile della SSD  
Gestione dei Rapporti con i MMG e PLS  
dott. Giuseppe Taratufolo

Marca da  
bollo

**Al Direttore Generale  
ASM Matera**

Via Montescaglioso  
75100 Matera

**Oggetto:** Domanda per l'inserimento nella graduatoria ASM per l'assegnazione di incarichi di sostituzione dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale. Per l'anno 2021.

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

domicilio di recapito, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASM di Matera.

A tal fine, ai sensi ed effetti del **D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000**, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

**DICHIARA**

- di essere residente in via \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( );
- Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ ;
- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
n. iscrizione \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere\* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;
- Di essere stato/non essere\* stato inserito nella Graduatoria Regionale degli esclusi all'allegato B;
- Di frequentare/non frequentare\* Corso di Formazione in Medicina Generale, presso la sede

di \_\_\_\_\_;

- Di frequentare/non frequentare il Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91, presso l'Università di \_\_\_\_\_, nella branca di \_\_\_\_\_

- Di essere/non essere\* in possesso dell'Attestato di Medicina Generale di cui al Decreto L.vo 256/91 conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

- Di essere/non essere\* incaricato presso l'ASL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ quale medico addetto al Servizio di \_\_\_\_\_ con incarico a tempo determinato scadente il \_\_\_\_\_;

- Di svolgere/non svolgere\* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate(indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti: in caso negativo scrivere : NESSUNA)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\* cancellare la dizione che NON interessa)

Comunica la PEC \_\_\_\_\_ .

Si impegna a comunicare alla ASM ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

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

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_