

Vista la nota prot. 8031 del 14/02/2023 del Direttore ff U.O.C. Cure Adulti e Anziani si rende noto che l'Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo intende procedere alla formazione di una graduatoria per il conferimento di **incarico provvisorio** per complessive 12h/sett.li di ATP ex art. 37 del vigente A.I.R. per lo svolgimento delle attività di seguito elencate:

Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale, finalizzata all'organizzazione della continuità assistenziale, dei PAT e PPIT nel territorio della A.S.T. di Fermo;
Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale, finalizzata a verifica e monitoraggio degli ambulatori di assistenza primaria attivi nel territorio della A.S.T. di Fermo;

L'articolazione dell'attività così come le sedi saranno definite dal Responsabile U.O.S.

L'incarico avrà decorrenza annuale, eventualmente rinnovabile ai sensi dell'art. 37 comma 3 vigente A.I.R., con decorrenza all'esito delle procedure amministrative finalizzate all'attribuzione dell'incarico e sarà regolamentato come dal vigente contratto della Continuità Assistenziale.

Il riconoscimento economico è pari alla tariffa A.T.P. ex art. 37 A.I.R.;

Fatta salva ogni situazione di incompatibilità o limitazione, verranno impiegati i seguenti sanitari secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- a) Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
- c) Medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- d) Medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo.

In caso di assenza di medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Il Medico incaricato riceve un compenso orario pari a quello stabilito per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale.

L'attività non può superare il tetto orario settimanale in cumulo con eventuali altri incarichi ed attività (ex art. 37 comma 4);

Azienda Sanitaria Territoriale Fermo
Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo – FM - Tel. 0734.625111
Pec: ast.fermo@emarche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Monteforino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Peintoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Matenano, Sant'Elpidio a Mare, Servigiano, Smerillo, Torre San Patrizio.

Gli aspiranti dovranno far pervenire domanda in carta semplice secondo il modello che si allega al presente avviso e con una delle seguenti modalità:

- a) A mezzo servizio postale esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo : via Zeppilli 18 – 63900 Fermo;
- b) Direttamente all'Ufficio protocollo dell'Area Vasta 4, stesso indirizzo, dalle ore 9,00 alle ore 13,00 di tutti i giorni feriali escluso il sabato;
- c) tramite utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: ast.fermo@emarche.it

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei file.

Termine di scadenza

6 MAR. 2023

Il termine perentorio per la presentazione delle domande scade il (quindicesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio on line di questa Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo).

Non si prenderanno in considerazione le domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate e non debitamente compilate.

Dal 1 gennaio 2012, secondo quanto disposto dalla legge 12 novembre 2011 n. 183 l'Area Vasta 4 di Fermo non può accettare certificati rilasciati da Pubbliche Amministrazioni che restano utilizzabili solo nei rapporti tra privati; detti certificati devono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, o dall'acquisizione d'ufficio delle informazioni necessarie, previa accurata indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle stesse.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al D.P.R. 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e negli eventuali documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie degli eventuali documenti prodotti.

L'Amministrazione procede a verifiche a campione e qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; tale dichiarazione, inoltre, quale dichiarazione mendace, è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e nei casi più gravi il giudice può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

La mancata produzione di un documento di identità o la produzione di un documento di identità non in corso di validità è causa di esclusione dei candidati partecipanti al presente avviso.

Per ulteriori informazioni telefonare al n. 0734/6252004

Questa Azienda Sanitaria Territoriale si riserva la facoltà di sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte , il presente avviso

(allegato modello domanda)

Il Direttore ff Cure Adulti e Anziani
Dr. Vittorio Scialè

Il Direttore ff U.O.C. D.A.T.
Dr. Paolo Bettazzi

Il Coll. Amm. Prof. Esp.
Dr. Francesco Paletti

Il Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo
Dr. Roberto Grinta

20 FEB. 2023

Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria Territoriale
di Fermo
Via Zeppilli, 18
63023 Fermo

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
Il _____ residente a _____
via _____ Mail _____
recapito telefonico _____ laureato il _____ con
voti _____ iscritto all'ordine dei Medici di _____

CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie per il conferimento di incarichi di sostituzione sino ad un anno di:

- Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale finalizzata all'organizzazione della continuità assistenziale, dei P.A.T. e P.P.I.T. nel territorio della A.S.T. di Fermo;
- Attività di supporto alle U.O.S. assistenza territoriale, finalizzata a verifica e monitoraggio degli ambulatori di assistenza primaria attivi nel territorio della A.S.T. di Fermo;

Consapevole delle sanzioni penali, anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui alla lettera:

- a) medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte _____
- b) medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico _____
- c) medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico _____
- d) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo _____

(barrare con una crocetta la voce che interessa)

data _____

firma _____