

## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000571  
DATA: 22/09/2020 14:03  
OGGETTO: AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI MEDICO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CONVENZIONATO CON IL SSN.

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Petrini Anna Maria in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Bacchi Romana - Sub Commissario Sanitario

Con il parere favorevole di Deolmi Ermenegildo - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Antonio Celendo - SSD Personale Convenzionato che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [01-06-11]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- SSD Personale Convenzionato

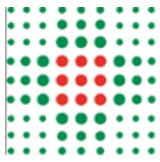
### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000571_2020_delibera_firmata.pdf	Bacchi Romana; Celendo Antonio; Deolmi Ermenegildo; Petrini Anna Maria	9E6D924A1053D49CBA10801C8515A5EA DDFEB30BCC9F4D92B12C72B582448222
DELI0000571_2020_Allegato1.docx:		3CFC45F7005A5BD6C37345A621F3606D FFA34D5A7E1D9560AFE834C4EB56F374
DELI0000571_2020_Allegato2.doc:		F65116CF3407153DA98F6FB98CA043CF A77DCF89AF5B734D13EFC3F792B99AAB



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



## **DELIBERAZIONE**

**OGGETTO:** AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI MEDICO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CONVENZIONATO CON IL SSN.

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

PREMESSO CHE presso l'Azienda USL di Parma è attiva l'Unità Operativa di Emergenza Sanitaria Territoriale, che per l'espletamento del servizio cui è preposta si avvale di personale medico convenzionato, in applicazione degli articoli 91 e seguenti dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 maggio 2005 e s.m.i..

VISTA la nota prot. 52782 del 08/09/2020 con la quale, dopo avere evidenziato il verificarsi di numerose cessazioni dal servizio (anno 2020) di personale medico convenzionato inquadrato nella figura di Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, in attesa di provvedere alla definitiva copertura dei posti vacanti con contratto di lavoro a tempo indeterminato, e verificato che la graduatoria di selezione per incarichi a tempo determinato formulata ex articolo 15 del vigente ACN per la Medicina Generale, approvata con deliberazione n. 199 del 12 marzo 2020 è esaurita, si chiede all'SSD Personale Convenzionato di provvedere alla pubblicazione di un avviso per la acquisizione di domande di disponibilità fuori graduatoria RER da utilizzare per la copertura temporanea dei posti vacanti di Medico EST.

VISTA e approvata la bozza di avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità al conferimento di incarichi di medico di emergenza sanitaria territoriale con rapporto di lavoro a tempo determinato convenzionato con il SSN, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo;

SU proposta del Responsabile SSD Personale Convenzionato;

### **Delibera**

Per quanto esposto in premessa;

1. Di approvare la bozza di avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità al conferimento di incarichi di medico di emergenza sanitaria territoriale con rapporto di lavoro a tempo determinato convenzionato con il SSN, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo;
2. Di precisare che l'avviso sarà pubblicato sul sito internet dell'Azienda USL di Parma per un periodo di giorni 15.



Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:  
Antonio Celendo

AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI MEDICO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CONVENZIONATO CON IL SSN.

L'Azienda USL di Parma ha la necessità di acquisire la disponibilità al conferimento di incarichi di Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale con rapporto di lavoro a tempo determinato – convenzionato con il SSN - da parte di laureati in Medicina e Chirurgia in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguita mediante frequenza del corso di formazione di cui all'articolo 92 comma 4 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i.

Il rapporto di lavoro per tutti gli aspetti, economici e giuridici, è disciplinato dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i..

I candidati, per la presentazione delle disponibilità, dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Abilitazione alla professione medica
- Iscrizione all'ordine dei medici
- Essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato a seguito della frequenza del corso di formazione di cui all'articolo 92 comma 4 ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i.

La dichiarazione di disponibilità dovrà essere presentata utilizzando il modulo allegato al presente avviso da indirizzare all'SSD Personale Convenzionato dell'Azienda USL di Parma. L'invio della disponibilità deve essere obbligatoriamente a mezzo Posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: [ausldiparma@pec.ausl.pr.it](mailto:ausldiparma@pec.ausl.pr.it) entro le ore 24:00 del giorno \_\_\_\_\_ Le candidature pervenute a termine scaduto o

con altro mezzo di invio, diverso dalla posta elettronica certificata, non saranno considerate valide.

Le disponibilità acquisite saranno graduate secondo criteri di priorità di seguito specificati.

Precedono:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale Emilia Romagna mmg secondo l'ordine di punteggio;

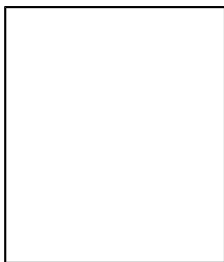
b) medici non iscritti in graduatoria regionale in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

c) medici abilitati iscritti all'Ordine.

I medici delle lettere b) e c) sono graduati nel seguente ordine: minore età al conseguimento del diploma di laurea; migliore voto di laurea; maggiore anzianità di laurea.

L'elenco dei medici disponibili, graduati secondo i criteri sopra specificati, sarà utilizzato fino ad approvazione della graduatoria aziendale per l'attribuzione di incarichi provvisori – anno 2021 – che sarà formulata a seguito di avviso pubblico della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna.

Il Commissario Straordinario  
Azienda USL di Parma  
Dott.ssa Petrini Anna Maria



**Azienda USL di PARMA**

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane**

**SSD - Personale Convenzionato**

**PEC: ausldiparma@pec.ausl.pr.it**

Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma (PR)

**Comunicazione disponibilità ad incarichi a tempo determinato di medico emergenza sanitaria territoriale convenzionato con il SSN.**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail (*indicare in modo chiaro e corretto, provvedendo ad evidenziare caratteri minuscoli e maiuscoli, punti tratti si separazione, chiocciola, ecc.*) \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di essere disponibile al conferimento di incarichi a tempo determinato in qualità di Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale – con rapporto di lavoro convenzionato con il SSN ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23 marzo 2005 e. s.m.i.

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

**DICHIARA**

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;

di avere conseguito l'abilitazione alla professione medica il \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (art. 92, comma 4 dell'A.C.N.) conseguito presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

## DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate: (*barrare le caselle che interessano*)

di essere inserito nella/e graduatoria/e della medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2020 con il seguente punteggio:

assistenza primaria: punti \_\_\_\_\_

continuità assistenziale: punti \_\_\_\_\_

medicina dei servizi: punti \_\_\_\_\_

emergenza sanitaria territoriale: punti \_\_\_\_\_

di non essere inserito nella/e graduatoria/e di medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2020 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (*specificare sede del corso*)

**CON borsa** di studio

**SENZA borsa** di studio

iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede* \_\_\_\_\_)

**CON contratto** di formazione specialistica

**SENZA contratto** di formazione specialistica

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di essere  di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* \_\_\_\_\_ *dal* \_\_\_\_\_)

di avere  di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* \_\_\_\_\_ *dal* \_\_\_\_\_)

**Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione. In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:**

\_\_\_\_\_ (si chiede di scrivere l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) in caratteri ben leggibili).

**Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata da me indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.**

**Allegare copia documento identità\***

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (\*)

(\*) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione **ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza di documento d'identità comporta la NULLITA' della domanda.**

**N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco dei disponibili. Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono stati acquisiti.**