



AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 - TERAMO

## AVVISO PUBBLICO

per la predisposizione di graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'art. 2, comma 7, A.C.N. del 21/06/2018, di modifica dell'art. 15 ACN 2005, per la Pediatria di Libera Scelta, per eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione – anno 2020

Si rende noto che questa A.S.L., con provvedimento n. 2301 del 27/12/2019, secondo quanto previsto dal sopracitato art. 2, comma 7 - ACN 2018 (che ha modificato l'art. 15 ACN 2005), deve predisporre una graduatoria per l'anno 2020, di pediatri disponibili ad eventuale conferimento di incarico provvisorio, o all'affidamento di sostituzione nelle attività previste dall'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020, secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

I medici di cui alla lettera b), sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Le domande di partecipazione al presente avviso, in bollo e conformi al modello allegato, devono essere inviati alla Asl esclusivamente a mezzo Pec al seguente indirizzo: **cast@pec.asliteramo.it**, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul sito dell'Azienda. La domanda deve essere debitamente sottoscritta e la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge.

Si ricorda che la domanda, **a pena di esclusione**, deve:

1. essere debitamente **sottoscritta** (la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge);
2. essere **spedita entro il termine** prescritto;
3. essere corredata da un **valido documento di riconoscimento**;
4. essere corredata da **marca da bollo e modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo**.

Per eventuali informazioni o chiarimenti inerenti il presente Avviso, gli interessati potranno rivolgersi alla U.O.C. Attività Amministrative Assistenza Territoriale e Distrettuale del Dipartimento Assistenza Territoriale – Uff. Medicina convenzionata, tel. 0861/420281.

IL DIRETTORE U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE  
ASSISTENZA TERRIT. LE E DISTRETTUALE  
*Dott. Francesco Baiocchi*

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
ASSISTENZA TERRITORIALE  
*Dott. Valerio Profeta*

IL DIRETTORE GENERALE F.F.  
*Dott. Maurizio Di Giosa*

L'Avviso è stato pubblicato il 31/12/2019  
SCADENZA: 30/01/2020

3  
al

ASL TERAMO  
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERR.LE  
U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA  
TERRITORIALE E DISTRETTUALE  
Ufficio Medicina Convenzionata  
Circonvallazione Ragusa, 1  
**64100 TERAMO**

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

**cast@pec.aslteramo.it**

\_I\_ sottoscritt\_ dott. \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

C. Fiscale \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica (leggibile) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

indirizzo di posta P.E.C. (leggibile) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A:**

la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori o di sostituzioni nelle attività previste dall'ACN per la Pediatria di Libera Scelta;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A A L T R E S I'**

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere abilitat\_ all'esercizio della professione medica dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritt\_ all'Albo dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritt\_ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2020 con punti \_\_\_\_\_;
- di avere acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale in data \_\_\_\_\_;
- di essere incondizionatamente idone\_ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta e s.m.i...;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare: 1) copia del documento di riconoscimento**

**2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo**

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA  
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

(da allegare alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2020)

Spazio per apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020 con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data

Firma leggibile

**Avvertenze**

- 1) **Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria aziendale della Medicina Generale valevole per l'anno 2020.**
- 2) **La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.**
- 3) **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in altro a sinistra del modulo di domanda.**