

**Avviso per la formazione di una graduatoria aziendale di medici aspiranti al conferimento di incarichi a tempo determinato nella Medicina dei Servizi per l'assistenza sanitaria presso la Casa di Reclusione Is Arenas, Arbus.**

Ai sensi del punto 6.4. dell'allegato 1 della deliberazione della Giunta Regionale n. 17/12 del 24.4.2012, Linee guida per la disciplina dell'ordinamento della Sanità Penitenziaria, questa Azienda deve procedere alla formazione di una graduatoria aziendale per la Medicina dei Servizi per i medici disponibili allo svolgimento di attività assistenziale nell'Istituto penitenziario Casa Reclusione Is Arenas, Arbus, secondo i criteri previsti dal ACN per la Medicina Generale del 23.3.2005 e s.m.i. e dall'AIR del 12.5.2010 con priorità di interpello per i medici già operanti presso gli Istituti penitenziari.

Il presente avviso è rivolto a:

1. Medici, residenti in Sardegna da almeno due anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria aziendale (il requisito della residenza dovrà perdurare per tutta la durata dell'incarico), **già operanti, al 4 settembre 2011, presso gli Istituti penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile**, anche se non iscritti nella relativa graduatoria regionale, che saranno graduati secondo:

- l'anzianità di servizio prestato negli Istituti Penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile;
- in caso di parità nell'anzianità di servizio si applicheranno i criteri dell'art. 16, comma 5, ACN (minore età; voto di laurea; anzianità di laurea).

2. Medici, residenti in Sardegna da almeno 2 anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria aziendale (il requisito della residenza dovrà perdurare per tutta la durata dell'incarico), non in possesso dei requisiti di cui al punto 1, che saranno graduati secondo i criteri dell'art. 19 AIR 2010:

a) medici inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale (avranno la priorità nel conferimento degli incarichi i medici residenti nell'ambito della Azienda). Per l'assegnazione degli incarichi, la graduatoria regionale di riferimento sarà quella approvata con determinazione n.1202 del 16/11/2015 e pubblicata sul Supplemento Straordinario n.58 del BURAS.

b) medici non inseriti in detta graduatoria (nell'ipotesi di carente disponibilità dei medici di cui al punto a), con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda, che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale o che abbiano conseguito l'abilitazione professionale entro e non oltre il 31.12.1994;

c) medici non inseriti in detta graduatoria (nell'ipotesi di carente disponibilità dei medici di cui ai precedenti punti a) e b) che abbiano acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31.12.1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non siano iscritti alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

L'incarico a tempo determinato conferito ai medici di cui ai punti 1 e 2 avrà durata di 12 mesi e sarà rinnovabile.

L'incarico comporterà attività assistenziale con carattere di assistenza primaria, all'interno dell'Istituto penitenziario, ai sensi dell'art. 3 del citato accordo per la disciplina della Medicina dei Servizi.

Le dichiarazioni di disponibilità allo svolgimento del servizio nell'Istituto penitenziario dovranno essere formulate sul modulo allegato 1 e accompagnate da apposita autocertificazione conforme all'allegato 2.

Le dichiarazioni dovranno essere inviate per raccomandata a/r indirizzata a "ASL Sanluri Ufficio Assistenza Primaria, via Montale , 09036 Guspini", entro quindici giorni dalla data di pubblicazione sul sito web aziendale, pena nullità", oppure consegnate a mano presso il protocollo aziendale via Montale , Guspini in orario d'ufficio, si precisa che per le domande inviate per posta non farà fede il timbro postale.

L'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di mancato recapito delle domande per causa di forza maggiore, caso fortuito, o comunque non imputabile alla stessa.

Nell'istanza dovranno essere dichiarati, i dati anagrafici, la residenza, l'esatto recapito (anche telefonico e e-mail) presso cui il medico sarà raggiungibile nell'eventualità di attribuzione di incarichi e/o per comunicazioni, il consenso al trattamento dei dati personale.

**I medici già operanti in qualità di Incaricati Provvisori a 12 mesi presso l'Istituto penitenziario Casa Reclusione Is Arenas, Arbus, già formalmente interpellati per gli incarichi di cui al presente avviso, non devono presentare domanda in quanto avranno precedenza i rinnovi contrattuali già in essere.**



*Gianni Gradassi*

BOLLO

ALL. 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NELLA MEDICINA DEI SERVIZI PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO CASA DI RECLUSIONE IS ARENAS, ARBUS.**

Al Distretto Sociosanitario Guspini  
Via Montale  
09036 Guspini

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_ F \_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/00 per le dichiarazioni false o mendaci,

Dichiara di essere Residente a \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_, Azienda

U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione Sardegna

dal \_\_\_\_\_, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_, in possesso del requisito

indicato (barrare):

1. Medico operante presso l'Istituto di \_\_\_\_\_ alla data del 4 settembre 2011 a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per un totale di anni\_\_\_\_, mesi\_\_\_\_, giorni\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_;

2. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 1202 del 16/11/2015;

3. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, e NON inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 1202 del 16/11/2015,

3.1 in possesso di attestato di formazione specifica in medicina generale;

OPPURE

3.1 che ha conseguito l'abilitazione professionale entro e non oltre il 31.12.1994;

OPPURE

3.3. che ha acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31.12.1994 e che non è in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non è iscritto alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalle disposizioni e accordi regionali in materia di sanità penitenziaria di assegnazione degli incarichi di medicina dei servizi territoriali presso l'Istituto penitenziario di competenza della ASL n. 6 Sanluri.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto allega autocertificazione conforme al modello allegato 2 all'Avviso.**

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

**All. 2**  
**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del  
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di:

(Barrare la dichiarazione)

essere

non essere

titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche  
come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_;

essere

non essere

titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con

riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

essere

non essere

titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al

riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

essere

non essere

titolare di incarico a tempo  indeterminato /  determinato come specialista ambulatoriale

convenzionato interno: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce  
"NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

**AII. 2**  
**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

essere

non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (1):

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_;

avere

non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_;

essere

non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione SARDEGNA (1):

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma  attiva /  di disponibilità

essere

non essere

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, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_;

operare

non operare

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-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: (1)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

---

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

**All. 2**  
**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- operare  
 non operare

a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:(1)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- svolgere  
 non svolgere

funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- svolgere  
 non svolgere

per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- avere  
 non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- essere  
 non essere

titolare o partecipante di quote di imprese o (1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

**AII. 2**  
**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

- esercitare  
 non esercitare

attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- fruire  
 non fruire

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:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- 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 scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- essere  
 non essere

titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

- operare  
 non operare

a qualsiasi titolo 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato:

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

Periodo: dal \_\_\_\_\_



**AII. 2**  
**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

essere

non essere

titolare di trattamento di pensione a: (1)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

fruire

non fruire

di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:  
(1) Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 – testo integrato con l’A. C. N. 29 luglio 2009  
soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE:

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

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(1) – completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare