



AVVISO PUBBLICO

Per la formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi temporanei per il servizio di **GUARDIA MEDICA** nell'attività di **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE** presso gli **ISTITUTI PENITENZIARI** dell'Azienda Usl Toscana nord ovest per gli **anni 2021-2022**

Ai sensi dell'art. 70 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23.03.05, e successive modificazioni ed integrazioni (s.m.i.), nonché della norma transitoria n° 1 delle "Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli istituti penitenziari", recepite con deliberazione G.R.T. n. 784/2010, viene indetto il presente avviso per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di eventuali incarichi temporanei (a tempo determinato e di sostituzione) per il servizio di guardia medica nell'attività di Continuità assistenziale presso i presidi sanitari degli istituti penitenziari dell'Azienda Usl Toscana nord ovest per gli anni **2021-2022**.

GRADUATORIA E MODALITA' DI CONFERIMENTO INCARICHI: CRITERI E AVVERTENZE

La peculiarità della tipologia di lavoro presso gli istituti penitenziari richiede:

- conoscenza specifica dell'ordinamento penitenziario e del Regolamento di esecuzione;
- conoscenza specifica del DPCM 1° aprile 2008 e della normativa secondaria di attuazione e delle finalità istituzionali;
- attitudine a lavorare in ambiente carcerario;
- adeguata e aggiornata conoscenza degli aspetti medico legali dell'attività sanitaria.

I candidati saranno inseriti in graduatoria, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda, sulla base del punteggio riportato a seguito della valutazione del curriculum e di un **colloquio tecnico-attitudinale** sugli argomenti sopra citati davanti ad una Commissione appositamente formata.

Il colloquio si svolgerà in data martedì 17 novembre 2020, alle ore 8,30, presso la sala riunioni della Società della salute di Pisa in Via Saragat n°24 a Pisa.

La Commissione assegnerà un punteggio ad ogni candidato in base alla valutazione del curriculum e all'esito del colloquio citato, sulla scorta di criteri prestabiliti.

In ogni caso i medici iscritti a corsi di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale saranno collocati in graduatoria dopo tutti gli altri candidati idonei.

L'Azienda si riserva, ai fini del conferimento degli incarichi in questione, di contattare i candidati, sempre secondo l'ordine della graduatoria e tenuto conto delle disponibilità espresse in sede di domanda relativamente agli istituti/plessi di interesse, a mezzo telegramma, posta elettronica o telefono al recapito indicato dal candidato stesso nella domanda. Ove possibile gli incarichi saranno conferiti per una durata biennale e comunque non inferiore al trimestre, fatte salve situazioni di emergenza. I candidati, al fine del conferimento dell'incarico, dovranno dichiarare di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

Il conferimento effettivo dell'incarico è comunque sempre subordinato all'approvazione dell'Amministrazione penitenziaria previa esclusione di cause ostative.

Data la particolarità dell'attività da svolgere, che richiede la piena disponibilità ad effettuare sia lavoro notturno che diurno, per tutto l'arco della settimana, secondo la turnazione definita dall'Azienda in funzione delle esigenze di servizio, i medici iscritti a corsi di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale potranno eccezionalmente essere impiegati, in carenza di altri medici disponibili, solo per sostituzioni brevi, soprattutto nei giorni festivi e/o nei notturni (in particolare, i medici iscritti a corsi di specializzazione potranno, comunque, svolgere l'attività in questione per un periodo complessivo, nell'anno, non superiore a tre mesi).

Il compenso da erogare ai medici incaricati per il servizio di cui al presente avviso è quello previsto dal vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dagli accordi regionali vigenti in materia di Continuità assistenziale.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE: REQUISITI E PRECISAZIONI

Possono inoltrare domanda solo i medici già iscritti all'Ordine dei medici chirurghi al momento della presentazione della stessa, che non abbiano riportato condanne penali e non abbiano procedimenti penali in corso.

I candidati sono tenuti a compilare integralmente la domanda di partecipazione.

La mancanza di dichiarazioni dei requisiti essenziali all'accesso comporterà l'esclusione del candidato dalla graduatoria.

I medici interessati allo svolgimento dell'attività in questione **dovranno inviare all'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST – AREA SANITA' PENITENZIARIA**, entro e non oltre il giorno **venerdì 30 ottobre 2020**, apposita

domanda **utilizzando il modello allegato** al presente avviso, compilato in ogni sua parte.

I medici sono invitati ad indicare nella domanda una o più degli istituti / plessi elencati, con l'avvertenza che, per quelli per cui i medici non avranno espresso la propria disponibilità, non verranno chiamati.

La domanda deve essere inviata esclusivamente tramite invio di **PEC** (posta elettronica certificata) all'indirizzo: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it. : la PEC dovrà riportare come oggetto: "**CARC 2021/22**".

Il bollo da € 16,00 dovrà essere versato con il modello F23 (posta o banca: campo codice TZP – Ufficio territoriale – Codice tributo 456T) da allegare in copia a dimostrazione dell'avvenuto pagamento.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità valido.

Si precisa che il termine di arrivo è tassativo e farà fede la data di ricezione della PEC, non rispondendo l'Azienda di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici.

Nel messaggio PEC deve essere apposta la scritta "**CARC 2021/22**".

Il presente avviso, unitamente al modello di domanda, verrà affisso, fino alla scadenza del termine previsto, all'Albo aziendale e verrà diffuso presso gli istituti penitenziari dell'Azienda Usl nonché pubblicato sul sito web www.uslnordovest.toscana.it (sezione "Bandi e concorsi", in basso), dove potrà essere scaricata, una volta approvata, anche la relativa graduatoria.

Si avverte, da ultimo, che non saranno prese in considerazione le domande presentate o compilate senza rispettare le modalità sopra indicate. Pena esclusione, **le domande devono essere sottoscritte dagli interessati ed accompagnate dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**

NORME FINALI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e del Regolamento europeo n° 679 del 27 aprile 2016, il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della sola procedura prevista dal presente avviso e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto di lavoro di cui al presente avviso, ed avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo le modalità stabilite dallo stesso D.Lgs. n. 196/2003. Il responsabile del trattamento dei dati è il direttore dell'Area Sanità penitenziaria.

I contenuti del presente avviso si adegueranno automaticamente alle diverse norme di legge che dovessero essere emanate nella fase procedimentale purché i contenuti stessi non risultino incompatibili con le nuove disposizioni.

Per quanto non particolarmente contemplato nel presente avviso, si fa riferimento agli Accordi collettivi nazionali e regionali, nonché al vigente quadro legislativo.

L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, ove ricorrano validi motivi, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa. Altresì, si riserva di non procedere, anche parzialmente, al conferimento degli incarichi in caso di sopraggiunte esigenze organizzative.

Pisa, 12.10.2020

IL DIRETTORE
U.O.C. CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI AP e CA
Dr. Emilio Carlo Di Spigno
(firmato sull'originale)

IL DIRETTORE FF
U.O.C. CENTRO CLINICO DON BOSCO E COORDINAMENTO
SANITA' PENITENZIARIA
Dr.ssa Anna Santinami
(firmato sull'originale)

Azienda USL Toscana Nord Ovest

**Alla cortese attenzione del
Direttore FF
U.O.C. Centro Clinico Don Bosco e
Coordinamento Sanità penitenziaria
Dr.ssa Anna Santinami**

CARC 2021/22

Il/sottoscritto/Dr. _____ nato/a _____
il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____,
residente/a _____ Via _____ tel
n. _____ cellulare n. _____ indirizzo di posta elettronica
_____ domicilio di recapito, se diverso dalla residenza

Visto l'avviso per la formazione di graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato/sostituzioni per il servizio di guardia medica nell'attività di Continuità assistenziale presso gli **ISTITUTI PENITENZIARI** della USL Toscana Nordovest anni 2021-2022.

CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione per il servizio di guardia medica nell'attività di Continuità assistenziale presso gli istituti penitenziari della USL Toscana Nord Ovest.

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 non aver riportato condanne penali / di aver riportato le seguenti condanne penali: _____*;
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali / di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: _____*;
- Di essersi laureato in data _____ presso l'Università di _____ con votazione finale di _____;
- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di _____ dal _____;
- Di essere/non essere* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;
- Di frequentare/non frequentare* Corso di Formazione in Medicina Generale o Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91 e ss.mm.ii.;

- Di essere/non essere* in possesso dell'Attestato di Medicina Generale di cui al Decreto L.vo 256/91 e ss.mm.ii. conseguito in data _____ presso _____;
- Di essere/non essere* incaricato presso l'ASL _____ quale medico addetto al Servizio di _____ con incarico a tempo determinato scadente il _____;
- Di avere/non avere* prestato nell'anno in corso i seguenti incarichi di: Continuità Ass.le, Guardia Turistica, sostituzioni di Medicina Generale: _____

_____;
- Di essere/ non essere* iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;
- Di essere/non essere* titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato;
- 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) _____;
- Di essere disponibile al conferimento di incarichi presso i seguenti plessi **:

1) Elba Porto Azzurro	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
2) Gorgona	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
3) Livorno – Le Sughere	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
4) Lucca	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
5) Massa	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
6) Pisa Don Bosco	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
7) Pontremoli	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
8) Volterra	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

***barrare la voce che interessa**

**** fare una “x” sulla dizione che interessa (in mancanza di x si intende non interessato).**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che sarà inserito nelle graduatorie particolari solo per i plessi per i quali ha manifestato disponibilità e che quindi si intende sin da ora rinunciatario per i plessi per i quali non è stata effettuata opzione.

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità

Il candidato dichiara, nel caso di conferimento dell'incarico, di essere disponibile allo svolgimento del lavoro notturno e/o festivo ove richiesto dall'azienda in relazione alla organizzazione del lavoro ed articolazione dei servizi.

Il sottoscritto si impegna a comunicare alla ASL di iscrizione, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione

Il sottoscritto allega alla presente domanda proprio curriculum formativo e professionale.

Dichiara inoltre di essere consapevole e di dare il proprio consenso che i nominativi degli esclusi (e la relativa sintetica motivazione), la convocazione a colloquio nonché la graduatoria, 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 sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente domanda.

Data..... Il/La dichiarante.....

Il/La sottoscritto/a, dipendente dell'Azienda U.S.L., attesta che la sopraesposta dichiarazione, letta e confermata dal dichiarante, è stata resa e sottoscritta in sua presenza previo accertamento dell'identità dello stesso, su esibizione di _____

Data..... Il funzionario
incaricato _____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, o inviata via fax, tramite un incaricato o a mezzo posta unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Data _____ Firma _____

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
 FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')**

(N.B. qualora si utilizzi questo format per la presentazione del curriculum, si prega di non presentare ulteriori curriculum in altri formati, per esempio in formato "europeo")

Il sottoscritto
 codice fiscale
 nato a il
 residente in Via/Piazza n
 Località Prov. CAP
 consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso

voto in data

Per i titoli conseguiti all'Estero: Riconoscimento n.rilasciato da.....

.....il

Specializzazione in conseguita presso

voto in data

Per i titoli conseguiti all'Estero: riconoscimento n.rilasciato da.....

.....il

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)

conseguito presso

in data

Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici n..... di dal

ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

Denominaz Az./Ente	Tipologia Az. ente (1)	Sede Az./Ente	Dal g/m/a	Al g/m/a	Profilo e disciplina (2)	tipo di servizio (3)	TEMPO (4)	Ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979 (SI/NO) (5)

1 Oltre al nome dell'Ente specificare se trattasi di: Servizio Sanitario Nazionale/ Altra pubblica amministrazione/ Privati convenzionati con il SSN /Agenzie di lavoro interinale/Cooperative/Altro (specificare)

2 Oltre al profilo indicare il CCNL applicato

- 3 Indicare D= dipendente (lavoro subordinato); L = libera professione (comprende anche cococo, cocopro.); B = borsa di studio; S= stagista; T= tirocinio
- 4 Indicare TP = tempo pieno; PT = tempo parziale (in questo caso **indicare ore e/o percentuale**)
- 5 Art. 46 u.c. DPR 761/79: “La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento”.

Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze con interruzione del servizio:

Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)

Motivazione dell'assenza

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o altro):

Titolo:

Autori

Rivista scientifica / altro

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso

Ente Organizzatore

Data/e di svolgimento..... Ore docenza n.

Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento.....

Data/e di svolgimento..... Ore complessive n.

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

.....

.....

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

.....

.....

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data

.....

FIRMA

.....