



**AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI
MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DISPONIBILI AL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, PRESSO I COMUNI O AGGREGATI
COMUNALI COME DA ALLEGATO, A TEMPO DETERMINATO O
ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI. ANNO 2025.**

SCADENZA AVVISO01/03/2025.....ORE.....12.00.....

In esecuzione della Deliberazione n. 73 del 30/01/2025, ai sensi dell’art. 19 commi 6 e 7 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2019-2021 del 04.04.2024, l’ASST Melegnano e della Martesana indice il presente Avviso Pubblico, rivolto ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e finalizzato alla predisposizione di graduatorie aziendali per l’eventuale assegnazione di incarichi provvisori, a tempo determinato o per l’affidamento di sostituzioni, da parte di medici disponibili.

GRADUATORIE

La graduatoria verrà predisposta utilizzando i seguenti criteri, nell’ordine di priorità indicato:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l’ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell’articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

- d) medici iscritti all’albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Come disposto al comma 7 del sopra richiamato art. 19 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, i medici di cui alle lettere da b) ad e), sono graduati nell’ordine:

- 1) della minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- 2) del voto di laurea;
- 3) della anzianità di laurea.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO

La domanda di partecipazione all’Avviso, **in bollo e sottoscritta**, da formularsi utilizzando i moduli allegati, dovrà essere trasmessa entro e non oltre le ore 12.00 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione sul sito aziendale.



La domanda di partecipazione dovrà essere corredata da:

- dichiarazione informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato L dell'A.C.N., datata e sottoscritta;
- dichiarazione sostitutiva;
- copia di valido documento di identità.

La presentazione delle domande da parte degli interessati ai fini dell'inclusione nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, dovrà avvenire a mezzo PEC, dal proprio domicilio digitale, all'indirizzo PEC della ASST:

protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it.

Qualora emergano dichiarazioni non veritiere rese dai partecipanti all'Avviso, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, gli stessi decadono dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

DISCIPLINA DELL'INCARICO

L'incarico è disciplinato dagli AA.CC.NN. e AA.II.RR. vigenti ai sensi del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., oltreché dalle direttive organizzative aziendali: il professionista, quale titolare di un rapporto di lavoro contrattualizzato di medico convenzionato con il S.S.N., è destinatario del codice di comportamento aziendale, approvato con deliberazione n. 943 del 23.21.2017, ai sensi dell'art. 54 del D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, del D.P.R. del 16 aprile 2013 n. 62 e secondo le linee guida ANAC approvate con deliberazione n. 177 del 19.02.2020.

Il testo del presente Avviso Pubblico, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, sarà disponibile sul sito internet dell'Azienda.

Per ulteriori informazioni inerenti al presente Avviso Pubblico, è possibile scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica: ***cureprimarieest.mmgpls@asst-melegnano-martesana.it.***

Il Direttore Generale
ASST Melegnano e della
Martesana
Roberta Labanca

ELENCO COMUNI CON AMBITO

comuni	Ambito
BINASCO	2.00.01
CASARILE	2.00.01
LACCHIARELLA	2.00.01
NOVIGLIO	2.00.01
VERNATE	2.00.01
ZIBIDO SAN GIACOMO	2.00.01
CASSANO D'ADDA	2.00.02
INZAGO	2.00.02
CARUGATE	2.00.03
CERNUSCO SUL NAVIGLIO	2.00.03
BELLINZAGO LOMBARDO	2.00.04
CAMBIAGO	2.00.04
GESSATE	2.00.04
PESSANO CON BORNAGO	2.00.04
BUSSERO	2.00.05
CASSINA DE PECCHI	2.00.05
GORGONZOLA	2.00.05
CARPIANO	2.00.06
CERRO AL LAMBRO	2.00.06
COLTURANO	2.00.06
DRESANO	2.00.06
MELEGNANO	2.00.06
SAN ZENONE AL LAMBRO	2.00.06
VIZZOLO PREDABISSI	2.00.06
LISCATE	2.00.07
MELZO	2.00.07
POZZUOLO MARTESANA	2.00.07
SETTALA	2.00.07
TRUCCAZZANO	2.00.07
VIGNATE	2.00.07
LOCATE DI TRIULZI	2.00.08
OPERA	2.00.08
PIEVE EMANUELE	2.00.08
MEDIGLIA	2.00.09
PANTIGLIATE	2.00.09
PAULLO	2.00.09
PESCHIERA BORROMEO	2.00.09
TRIBIANO	2.00.09
PIOLTELLO	2.00.10
RODANO	2.00.10
BASIGLIO	2.00.11
ROZZANO	2.00.11
SAN DONATO MILANESE	2.00.12
SAN GIULIANO MILANESE	2.00.12
SEGRATE	2.00.13
VIMODRONE	2.00.13
BASIANO	2.00.14
GREZZAGO	2.00.14
MASATE	2.00.14
POZZO D'ADDA	2.00.14
TREZZANO ROSA	2.00.14
TREZZO SULL'ADDA	2.00.14
VAPRIO D'ADDA	2.00.14

Bollo
€ 16,00

Al Direttore Generale
della ASST Melegnano e della Martesana via
Pandina I
20070 Vizzolo Predabissi
P.E.C.: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, per le ASST di Melegnano e della Martesana, per l'anno 2025.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. ___ il ___ / ___ / ___

Codice Fiscale _____ residente a _____ Prov. _

C.A.P. _____ Via _____ n. ___ tel. /cell. _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____
in data ___ / ___ / ___

Voto di Laurea _____

Iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;

Domicilio digitale P.E.C. _____ (obbligatorio)

E-mail ordinaria _____ (obbligatoria)

CHIEDE

di essere inserito/a nelle graduatorie della ASST Melegnano e della Martesana dei **Medici di Medicina Generale** disponibili per l'attribuzione di incarichi provvisori e sostituzioni per il territorio della ASST di Melegnano e della Martesana, per l'anno 2025

Di essere inserito nel comune/aggregato comunale di _____

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P. R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Per gli incarichi provvisori a tempo determinato/sostituzioni:

- a) per coloro che sono già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale:
 - o di essere inserito/a nella graduatoria regionale anno 2024 con il punteggio di _____
punti;

b) per coloro che non sono inseriti nella graduatoria regionale:

- di essere in possesso del Titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data .../.../....
- di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale nella regione Lombardia, dal .../.../...
- di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale di altre regioni dal/..../.....;
- di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 precisamente in data .../.../.....
- di essere iscritto a un corso di specializzazione dal .../... /.....

_____/_____/_____ Firma _____

Allegati:

- Dichiarazione Informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato I dell'ACN, datata e sottoscritta;
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione;
- copia documento di identità.

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo la A.S.S.T. a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per l'Assistenza Primaria, nonché per i connessi obblighi di legge.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma _____

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
MEDICINA GENERALE**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente
in _____ Via/Piazza _____ n. _____ iscritto all'Albo dei
_____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 4,
legge 4 gennaio 1968, n. 15 dichiara formalmente di:

1. Essere/non essere (1) 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 (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
2. Essere/non essere (1) 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 _____
3. Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte.
Periodo dal _____
4. Essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
5. Essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
6. Avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto legislativo n. 502/92:
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____
7. Essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma _____ attiva/in forma di disponibilità (1)
8. Essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale, di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.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 _____

9. Operare/non operare (1) 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 502/92 e succ. modificazioni: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
10. Operare/non operare (1) 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: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
11. Svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/94:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
12. Svolgere/non svolgere (1) per conto dell' INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte. (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
13. Avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
Periodo: dal _____
14. Essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare / non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con _____ il Servizio Sanitario Nazionale:

15. Fruire/non fruire (1) 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 _____
16. Svolgere/non svolgere (1) altra attività 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)

Periodo: dal _____
17. Essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18. Operare/non operare (1) 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 nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19. Essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

Periodo: dal _____

20. Fruire/non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
Pensionato dal _____

Note: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.
In fede.

Data _____ Firma _____

Note esplicative:

(1) *cancellare la parte che non interessa.*

(2) *completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt _____
nat _____ a _____ il ____/____/____
consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito **alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei titoli di preferenza di _____

di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso _____
_____ di _____ in data _____

di essere in possesso del diploma di specializzazione in: _____
_____ conseguito presso
_____ di _____ in data _____

Durata legale del corso anni _____ iniziato il _____

di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico – chirurgica,
conseguita in data ____/____/____ presso _____
_____ di _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ con decorrenza dal _____

di essere dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed a tempo _____, con
profilo professionale di _____ disciplina di _____ presso
_____ di _____ con sede legale in via _____ cap
_____ tel _____

di aver superato il periodo di prova in data _____ presso _____
di _____ con sede legale in via _____ cap _____
tel _____

altri titoli _____

Data _____

Firma

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.