



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Lariana

Direzione Generale

ASST Lariana

Direttore: dr. Luca Maria Filippo Stucchi

Tel.: 031/585.8480-8479

Fax: 031/585.8643

sito web: www.asst-lariana.itPEC: specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it

OGGETTO: AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE DI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E PROFESSIONISTI DISPONIBILI ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE PER L'ANNO 2025, AI SENSI DELL'ART. 19 c. 12 DELL'A.C.N. 4.4.2024.

(SI SOTTOLINEA CHE L'ULTIMO GIORNO UTILE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE SARA' QUELLO COINCIDENTE CON IL QUINDICESIMO GIORNO DI PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE ATTO)

Ai sensi dell'art. 19 c. 12 dell'A.C.N. in vigore l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana, sede del Comitato Zonale Como Varese, pubblica sul proprio sito istituzionale il presente avviso **per la presentazione di domande valide per l'anno 2025**, per la **predisposizione di graduatorie di specialisti ambulatoriali interni e professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico:**

provvisorio (art. 23 A.C.N. in vigore). A seguito di pubblicazione trimestrale, in attesa del conferimento degli incarichi, l'Azienda può conferire incarichi provvisori, ricorrendo alla graduatoria di cui al presente avviso. L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a sei mesi eventualmente rinnovabile una sola volta allo stesso sanitario per altri sei mesi e cessa in ogni caso con la nomina del titolare;

a tempo determinato (art. 22 A.C.N. in vigore). A seguito di pubblicazione trimestrale, le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi. In caso di indisponibilità di specialisti o professionisti iscritti nelle graduatorie definitive di cui all'articolo 19, c. 10, l'Azienda può utilizzare quelle del presente avviso (art. 22 c. 3);

di sostituzione (art. 36 A.C.N. in vigore). L'Azienda può provvedere alla sostituzione del titolare assente assegnando la supplenza secondo l'ordine delle graduatorie definitive di cui all'articolo 19, comma 10 e in caso di indisponibilità, l'Azienda può provvedere alla sostituzione con la graduatoria del presente avviso. La sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso.

I predetti incarichi saranno assegnati a specialisti ambulatoriali o professionisti che non si trovino in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 comma 1, lettere h) e l) del vigente A.C.N. secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie definitive in vigore di cui all'art. 19 comma 10, secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Si precisa che coloro che hanno presentato domanda per la graduatoria 2025 e hanno già espresso il consenso ad essere inseriti nella graduatoria ai sensi dell'art. 19 comma 12, non devono ripresentare domanda.

□-----□-----□

- ❖ **Gli aspiranti, in possesso dei requisiti richiesti dall'art. 19 c. 4 dall'A.C.N. 4.4.2024, devono dichiarare alla scrivente A.S.T. Lariana di Como - ufficio specialisti ambulatoriali-, la propria disponibilità a ricoprire i suindicati incarichi, allegando, pena l'esclusione, l'autocertificazione informativa predisposta da questa azienda e una domanda per ogni singola branca, con marca da bollo da € 16,00, incollata e annullata. Questa documentazione dovrà essere inviata in**



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Direzione Generale

ASST Lariana

Direttore: dr. Luca Maria Filippo Stucchi

un unico file formato pdf, esclusivamente, *pena l'esclusione*, per posta elettronica certificata all'indirizzo pec: specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it da una casella di posta elettronica personale intestata allo stesso entro il quindicesimo giorno di pubblicazione del presente atto.

- ❖ Il facsimile di richiesta di iscrizione agli incarichi in oggetto e l'autocertificazione informativa predisposta dall'ASST Lariana sono pubblicate sul sito istituzionale on-line di questa Azienda all'indirizzo: www.asst-lariana.it – Per i professionisti – Comitato Zonale - Specialisti/Professionisti Ambulatoriali.
- ❖ Ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il Direttore Generale
dr. Luca Maria Filippo Stucchi

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 smi e norme collegate



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Direzione Amministrativa

Direttore: dott. Giacomo Boscagli

Gestione Sviluppo e Formazione Risorse Umane

Direttore: dott.ssa Eva Colombo

Specialistica Ambulatoriale e Convenzionati

Responsabile: dott. Andrea Ferè

Telefono 031.585.8441
andrea.fere@asst-lariana.it

Bollo di **€ 16,00**,
da incollare e
annullare.

PEC: specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it

OGGETTO: Dichiarazione di **disponibilità a ricoprire INCARICHI (art. 19 C. 12 ACN 4.4.2024)**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail PEC _____

chiede di essere incluso nelle graduatoria della branca di _____

per eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione
a valere per l'anno 2025 relativamente all'ambito zonale di Como – Varese.

Il/la sottoscritto/a acclude autocertificazione informativa predisposta da questa Azienda, relativa ai requisiti
posseduti con copia di documento d'identità.

Luogo e data _____ Firma _____

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO)**

Il sottoscritto....., nato a.....(prov.....)
il.....M__F__CodiceFiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo.....n.Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

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, 445

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in risposta all'avviso d'incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione di Specialistica Ambulatoriale Interna, sul sito dell'ASST Lariana, sede del Comitato Zonale Como Varese:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....;
- di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia): conseguito presso l'Università di.....in data...../...../.....
con voto...../..... ☐ senza lode ☐ con lode;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione.....presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo Professionale (dei medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal...../...../.....;
- di essere in possesso della seguente specializzazione in:conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto...../.....☐ senza lode ☐ con lode;
- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'A.C.N. 4.4.2024;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data..... Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata **unitamente a copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).