



**AVVISO DI DISPONIBILITA' DI INCARICHI PER
SPECIALISTI/PROFESSIONISTI AMBULATORIALI INTERNI
(AI SENSI DELL'ART. 20 A.C.N. 4.4.2024)**

III TRIMESTRE 2025

**RISERVATO AI SOLO SPECIALISTI E PROFESSIONISTI
AMBULATORIALI TITOLARI D'INCARICO IN ASST LARIANA**

INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO art. 20, A.C.N. 4.4.2024.

CARDIOLOGIA – n. 21 ore settimanali dedicate a visite, ecg ed ecocolordoppler cardiaco, da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

CARDIOLOGIA – n. 14 ore settimanali dedicate a visite, ecg ed ecocolordoppler cardiaco, da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

DERMATOLOGIA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

DERMATOLOGIA – n. 14 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

DIABETOLOGIA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

FISIOCHINESITERAPIA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

OCULISTICA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

OCULISTICA – n. 14 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

ODONTOIATRIA - n. 5 ore settimanali da svolgersi presso la Casa di Comunità Cantù (Co).

OTORINOLARINGOIATRIA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

OTORINOLARINGOIATRIA – n. 14 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

PROFESSIONISTA in PSICOLOGIA - n. 21 ore settimanali a supporto dei medici di Medicina Primaria, da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

PROFESSIONISTA in PSICOLOGIA - n. 14 ore settimanali a supporto dei medici di Medicina Primaria da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

REUMATOLOGIA – n. 21 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

REUMATOLOGIA – n. 14 ore settimanali da svolgersi presso le varie sedi aziendali.

❖ **Lo specialista o professionista che ha rinunciato al completamento orario (c.d. "interpello") non può partecipare all'assegnazione di incarichi per due turni di pubblicazione.**

❖ Gli aspiranti devono comunicare **entro mercoledì 30 luglio 2025** a questa A.S.S.T. Lariana all'indirizzo PEC: **specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it** la propria disponibilità solo in formato PDF (NO FOTO) a ricoprire i suindicati turni, allegando l'Autocertificazione Informativa (i facsimili sono sotto riportati).

❖ Il mancato invio di risposta entro il termine sopra indicato equivale a rinuncia dell'incarico.

❖ Le sopraindicate ore disponibili saranno assegnate secondo l'ordine di priorità indicato nell'art. 20 comma 4 dell'A.C.N. 4.4.2024.

❖ L'uso di un modello diverso da quello pubblicato se privo di tutte le indicazioni contenute nel modello pubblicato implica l'esclusione dall'assegnazione dell'incarico.

Il Direttore Generale vicario
dr.ssa Brunella Mazzei

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

Responsabile del procedimento: dott. Andrea Ferè



**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE ORE DISPONIBILI (art. 20,
ACN 4.4.2024)**

**Riservato agli specialisti ambulatoriali e professionisti titolari d'incarico in ASST
Lariana.**

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

il _____ Residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ cell. _____

PEC _____

DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire il/i seguente/i incarico/chi a tempo INDETERMINATO per il raggiungimento del massimale orario o l'accentramento dell'incarico in un'unica Azienda:

per n. ore settimanali: _____ sede _____

per n. ore settimanali: _____ sede _____

per n. ore settimanali: _____ sede _____

**Il/la sottoscritto/a acclude autocertificazione informativa, relativa ai requisiti
posseduti con copia di documento d'identità e invia il tutto alla [PEC:
specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it](mailto:specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it)**

Luogo e data _____

Firma _____



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.;

DICHIARA

1) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 4.4.2024) **a tempo indeterminato** (*indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi solo a tempo indeterminato*):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....
.....
.....
.....

2) di non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di non esercitare attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di non svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;



6) di non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 4.4.2024, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) 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;

10) di non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

NOTE (2)

.....
.....
.....

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. 4.4.2024. 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).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.