

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
MESSINA**

COMMISSARIO STRAORDINARIO

**AVVISO**

**Attivazione di n. 33 ore settimanali a tempo determinato per la branca  
di "Reumatologia"**

Si rende noto che presso l'ASP di Messina sono da attivare n. 33 ore settimanali di specialistica ambulatoriale interna, a tempo determinato per la durata di 12 mesi, per la branca di "Reumatologia" nell'ambito del Progetto Obiettivo P.S.N. 2012 - Linea Progettuale 1. Attività di assistenza primaria, Azione 1.1 "Avvio della rete reumatologica sul modello organizzativo e gestionale di integrazione ospedale territorio" - Descrizione Attività prevista 3. "Incremento delle ore di specialistica ambulatoriale territoriale", così distribuite:

- n. 2 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Francavilla di Sicilia - Distretto di Taormina da espletarsi il lunedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30;
- n. 8 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Pistunina - Distretto di Messina da espletarsi il mercoledì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 e il venerdì dalle ore 15,00 alle ore 19,00;
- n. 8 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Barcellona Pozzo di Gotto - Distretto di Barcellona Pozzo di Gotto da espletarsi il lunedì dalle ore 8,00 alle ore 12,00 e il mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 12,00;
- n. 4 ore settimanali presso il Poliambulatorio di San Piero Patti - Distretto di Patti da espletarsi il giovedì dalle ore 9,30 alle ore 13,30;
- n. 4 ore settimanali presso il Poliambulatorio di S. Agata di Militello - Distretto di S. Agata di Militello da espletarsi il giovedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30;
- n. 4 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Tortorici - Distretto di S. Agata di Militello da espletarsi il martedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30;
- n. 3 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Mistretta - Distretto di Mistretta da espletarsi il martedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

Le suddette articolazioni dei turni, prestabilite dai Direttori dei Distretti, non potranno subire alcuna variazione, salvo motivate e documentate esigenze distrettuali.

L'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- art. 23, comma 10, ACN 2009: allo specialista ambulatoriale non ancora titolare di incarico presente nella graduatoria, di cui all'art. 21 dell'ACN 29/07/2009 e s.m.i, valevole per l'anno 2013,

se inutilmente esperite le procedure di cui al comma 10, in subordine

- art. 23, comma 11, ACN 2009: allo specialista ambulatoriale dichiaratosi disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN vigente.

L'incarico, esclusivamente correlato al Progetto Obiettivo P.S.N. 2012 "Avvio della rete reumatologica sul modello organizzativo e gestionale di integrazione ospedale territorio", decorre dalla data di effettivo inizio dell'attività progettuale e non rientra nelle previsioni dell'art. 23, comma 13, dell'ACN 29/07/2009 e s.m.i.

Il compenso per ogni ora di attività prestata dal Medico Specialista nell'ambito del suddetto progetto è di Euro 40,00 onnicomprensivo, al lordo degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda e degli oneri previdenziali e fiscali poste a carico degli Specialisti.

Al Medico Specialista incaricato, oltre il compenso onnicomprensivo, non spetta il rimborso delle spese di viaggio (art. 32 e art. 46 ACN 29/07/2009 e s.m.i.).

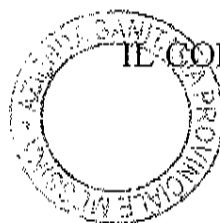
Inoltre, allo Stesso non compete il premio di collaborazione (art. 47 ACN 29/07/2009 e s.m.i.) e il premio di operosità (art. 49 ACN 29/07/2009 e s.m.i.), in quanto spettanti ai Medici Specialisti con regolare incarico a tempo indeterminato.

La domanda per l'attribuzione dell'incarico a tempo determinato per n. 33 ore di specialistica ambulatoriale interna per la branca di Reumatologia, corredata di autocertificazione informativa, deve essere prodotta dall'01/01/2014 al 10/01/2014, pena l'esclusione del medico specialista alla selezione, per Raccomandata A/R al Comitato Consultivo Zonale c/o ex Ospedale R. Margherita - Viale della Libertà - 98124 Messina, utilizzando esclusivamente il modello di domanda e di autocertificazione informativa che sono parte integrante del presente avviso.

A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Alla domanda deve essere allegata copia fotostatica fronte-retro leggibile (non autenticata) di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.

Avviso, con relativa modulistica, da pubblicare dal 15/12/2013 al 31/12/2013 sull'Albo del Comitato Consultivo Zonale, sul sito Internet dell'ASP di Messina e consultabile all'indirizzo: [www.asp.messina.it](http://www.asp.messina.it)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Manlio Magistri

MODELLO DI DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI INCARICO  
DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE –

**DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE PER LETTERA RACCOMANDATA A/R**

AL COMITATO ZONALE SPECIALISTI AMBULATORIALI DELL'A.S.P. MESSINA

presso Ex Ospedale R. MARGHERITA – Viale della Libertà - 98124 MESSINA

Il sottoscritto dott.....nato a .....il .....  
residente in .....via.....CAP.....tel./cell.....

comunica quanto segue:

di essere laureato in ..... presso l'Università di  
..... dal .....

di essere specialista in .....dal.....;

di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi presso l'Ordine provinciale di  
..... dal ..... n. ....;

di prestare/non prestare servizio con incarico di Specialistica Ambulatoriale a tempo indeterminato;

di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'E.N.P.A.M.;

di dare la propria disponibilità all'attribuzione delle ore settimanali di specialistica ambulatoriale interna, a tempo determinato per la durata di 12 mesi, per la branca di Reumatologia nell'ambito del Progetto Progetto Obiettivo P.S.N. 2012 - Linea Progettuale 1. Attività di assistenza primaria, Azione 1.1 "Avvio della rete reumatologica sul modello organizzativo e gestionale di integrazione ospedale territorio" – Descrizione Attività prevista 3. "Incremento delle ore di specialistica ambulatoriale territoriale" per i seguenti turni pubblicati da codesto Comitato Zonale (specificare poliambulatori, orari e giornate):

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

di essere/non essere inserito nella graduatoria provinciale della Specialistica Ambulatoriale anno 2013.

Si allega:

- Autocertificazione informativa;
- Copia fotostatica fronte-retro leggibile (non autenticata) di un documento d'identità in corso di validità.

Data .....

Firma.....

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

AL COMITATO ZONALE PER LA SPECIALISTICA  
 AMBULATORIALE DI MESSINA  
 C/O EX OSPEDALE R. MARGHERITA  
 VIALE DELLA LIBERTA'  
 98121 MESSINA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Titolare di incarico specialistico:  SI  NO

In caso affermativo specificare:  a tempo indeterminato  a tempo determinato

branca di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_

Recapito: Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

provincia ( \_\_\_\_\_ )

Telefoni: Casa \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso "Attivazione di n. 33 ore settimanali a tempo determinato per la branca di Reumatologia" e di essere a conoscenza che:

- per ogni ora di attività prestata nell'ambito del progetto spetta soltanto il compenso onnicomprensivo, al lordo degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda e degli oneri previdenziali e fiscali poste a carico degli Specialisti;
- non spetta il rimborso delle spese di viaggio (art. 32 e 46 dell'ACN 29/07/2009 e s.m.i.)

- di svolgere la propria attività presso i sottoindicati presidi:

(DSB – Presidio Ospedaliero ecc.) \_\_\_\_\_

| Decorrenza | ASP | ALTRI ENTI | Ore | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì | sabato |
|------------|-----|------------|-----|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
|            |     |            |     |        |         |           |         |         |        |
|            |     |            |     |        |         |           |         |         |        |
|            |     |            |     |        |         |           |         |         |        |
|            |     |            |     |        |         |           |         |         |        |

Specificare l'orario d'inizio e fine attività per ogni giorno.

TOTALE ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/00, colui che fornisce dichiarazioni false o mendaci, dichiara di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità previste dall'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale e di non svolgere altra attività al di fuori dell'incarico disciplinato dallo stesso Accordo, ovvero di svolgere la seguente attività:

\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ con impegno orario settimanale di n. \_\_\_\_\_ ore.

- di essere laureato in \_\_\_\_\_ (medicina e chirurgia o odontoiatria) con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
(giorno mese anno)

- di essere iscritto all'Albo professionale (dei medici chirurghi o degli odontoiatri) presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
(giorno mese anno)

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

- di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

in \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- di essere titolare di pensione diversa dall'ENPAM, corrisposta da \_\_\_\_\_

- di non aver mai subito condanne penali, ovvero di aver subito le seguenti condanne:

\_\_\_\_\_

- di non aver procedimenti penali in atto, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

\_\_\_\_\_

- *di essere disponibile a rimuovere, in caso di conferimento di incarico, eventuali situazioni di incompatibilità accertate, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente*
- *di essere idoneo all'esercizio dell'attività professionale.*

NOTE

\_\_\_\_\_  
**DATA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

*Si allega copia fotostatica fronte-retro leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità.*