

**ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria**  
**Direzione Socio Sanitaria**  
**SSD Gestione Reti Medici Convenzionati Aziendali**

Art. 92 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 sostituito dall'art. 7 dell'ACN del 21/06/2018  
art. 9, comma 1 D.L. n. 135/2018, convertito con L. n. 12/2019

**CONVOCAZIONE DEI MEDICI INSERITI NELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO L'ASL 3 - ANNO 2019, DI CUI AL BURL N. 44 del 30/10/2019 AI SENSI DELL'ART. 92 A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I M.M.G. 29/07/2009 SOSTITUITO DALL'ART. 7 DELL'ACN DEL 21/06/2018 E AI SENSI DELL'ART. 9, COMMA 1 D.L. N. 135/2018, CONVERTITO CON L. N. 12/2019.**

Si pubblicano di seguito le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale - anno 2019 – approvate dalla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria, di cui al **BURL n. 44 del 30/10/2019**

I medici inseriti nelle suddette graduatorie sono **convocati il giorno**

**MARTEDI' 14 GENNAIO 2020**

presso la sede ASL 3 – S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali – Viale Virginia Centurione Bracelli 1/3 - alle procedure di assegnazione come di seguito indicato:

- **ORE 10.00:** procedura di assegnazione per graduatoria, ex art. 92 A.C.N. del 29 Luglio 2009 e s.m.i.;
- **ORE 10.15:** procedura di assegnazione per corsisti MMG, ex art. 9, comma 1 D.L. n. 135/2018, convertito con L. n. 12/2019;
- 

**La presente comunicazione costituisce a tutti gli effetti convocazione ufficiale dei medici inseriti nelle suddette graduatorie ai fini dell'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale.**

**I signori medici dovranno presentarsi alla procedura di assegnazione di proprio interesse, nel rispetto della massima puntualità, muniti di valido documento di riconoscimento e di autocertificazione informativa "L" debitamente compilata, allegata alla presente comunicazione in formato scaricabile.**

Per entrambe le procedure, l'interpello dei medici avverrà secondo il seguente ordine:

1. medici inclusi nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (categoria b);
2. medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Liguria ed in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza di cui all'art. 96 ACN vigente;

**L'assegnazione ai medici degli incarichi avverrà secondo l'ordine di posizione nelle rispettive graduatorie.**

**INDICAZIONI PER I MEDICI OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILITATI A PRESENTARSI ALLA CONVOCAZIONE**

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi **potrà dichiarare** alla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria **la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico.**

Tale **dichiarazione** dovrà essere formulata utilizzando la modulistica resa disponibile con la presente pubblicazione (**modulo per dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale e autocertificazione informativa L** ) **corredata da fotocopia di un valido documento di identità.**

**La dichiarazione dovrà essere trasmessa esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC), all'indirizzo [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it), a partire dal 17/12/2019 e fino alle ore 14.00 del 13/01/2020 (farà fede l'avviso di consegna della PEC).**

**La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato, sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione di incarico.**

**Riferimenti telefonici per informazioni ulteriori:**

- ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria – SSD Gestione Reti medici convenzionati aziendali – tel. 0108496673.

Si allegano di seguito, in formato scaricabile:

- **Le graduatorie definitive** dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di **Emergenza Sanitaria Territoriale;**
- **Il modulo di dichiarazione di disponibilità all'accettazione incarico di continuità assistenziale** per i medici che fossero impossibilitati a presentarsi alla procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, da inviarsi all'indirizzo PEC della ASL 3 inderogabilmente **a partire dal 17/12/2019 e fino alle ore 14.00 del 13/01/2020;**
- **l'autocertificazione informativa L.**

Pubblicazione sul sito di ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria:

in data 18/12/2019     Prot. n. 173585

Spett.le  
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria  
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali  
PEC: [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)

**Art. 92 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 sostituito dall'art. 7 dell'ACN del 21/06/2018  
art. 9, comma 1 D.L. n. 135/2018, convertito con L. n. 12/2019**

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale  
a tempo indeterminato**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ M F codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel/cell \_\_\_\_\_, indirizzo di PEC \_\_\_\_\_

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a presentarsi **martedì 14/01/2020, alle ore 10:00**, alla **procedura di assegnazione** degli incarichi carenti di **Emergenza Sanitaria Territoriale**, di cui all'avviso pubblicato sul sito ASL 3 in data 17/12/2019, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 92 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i M.M.G. 29/07/2009 sostituito dall'art. 7 dell'ACN del 21/06/2018 e come previsto dall'art. 9, comma 1 D.L. n. 135/2018, convertito con L. n. 12/2019;

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale**

**Chiede** che ogni comunicazione in merito venga inviata presso (*barrare ciò che interessa*):

l'indirizzo di PEC

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- modello L "dichiarazione informativa"
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009

Allegato L

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ indirizzo di PEC  
\_\_\_\_\_, n. tel/cell \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che,  
ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti  
falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara formalmente di:

1)  essere /  non essere 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 (1):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

2)  essere /  non essere e 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 \_\_\_\_\_ presso l'Azienda

Periodo: dal \_\_\_\_\_

3)  essere /  non essere titolare di incarico come medico **pediatra di libera scelta** convenzionato 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 \_\_\_\_\_ presso l'Azienda

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4)  essere /  non essere titolare di incarico a  tempo indeterminato/  a tempo determinato come  
**specialista ambulatoriale convenzionato interno**:(1)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

5)  essere /  non essere iscritto negli elenchi dei **medici specialisti convenzionati esterni** (1):

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
periodo: dal \_\_\_\_\_

6)  avere /  non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto  
legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

7)  essere /  non essere titolare di incarico di **continuità assistenziale** o di **emergenza sanitaria territoriale** a  tempo indeterminato /  a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione: (1)  
Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  in forma attiva  
/  in forma di disponibilità  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

8)  essere /  non essere iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. L.gs 368/99:  
Denominazione del corso : \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_

8 bis)  di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, in data \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_.

9)  operare/  non operare 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 successive modificazioni:(1)  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

10)  operare /  non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (1) ;  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

11)  svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

12)  svolgere/ non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

13)  avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14)  essere/ non essere titolare o partecipante di quote di imprese o  esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: (1)

15)  fruire/ non fruire 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 altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

17)  essere /  non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
tipo di attività : \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

18)  operare/  non operare 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 \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

19)  essere /  non essere titolare di trattamento di pensione a: (1)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

20)  fruire /  non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(1)  
soggetto erogante il trattamento pensionistico: \_\_\_\_\_  
Pensionato dal \_\_\_\_\_

21)  avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22) essere /  non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23)  avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTE:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.**

In fede

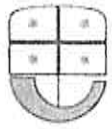
data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (2)

Si allega fotocopia di documento di identità

Firma apportata alla presenza di: \_\_\_\_\_

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

**(2) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente della P.A. addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.**



# Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

[www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it)

DIREZIONE SOCIO SANITARIA  
S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali

Emergenza Sanitaria Territoriale

Allegato A

Graduatoria, ai sensi dell'art.92 comma 6 lettera b) A.C.N.

N.	Cognome e Nome	Punteggio	data di nascita	ASL di scelta
1	CANNAVINO Elisa	10,85	29/09/1986	ASL 3





Sistema Sanitario Regione Liguria

[www.asl3.liguria.it](http://www.asl3.liguria.it)

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

S.S.D. Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali

Emergenza Sanitaria Territoriale

Allegato B

Graduatoria in attuazione dell'art. 9 comma 1 del D. L. n. 135/2018 convertito con L. n.12/2019

N.	Cognome e Nome	Anno corso MMG	Triennio Corso MMG	data di nascita	data di laurea	voto di laurea
1	BRASESCO Martina	1°	2018/2021	14/06/1988	21/10/2013	108/110