

REGIONE LIGURIA  
Dipartimento Salute e Servizi Sociali  
Settore Rapporti di lavoro contratti e convenzioni  
del personale dipendente e convenzionato del SSR

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

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009  
Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 21 giugno 2018

**CONVOCAZIONE DEI MEDICI INSERITI NELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DEI MEDICI INSERITI NELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO LE AA.SS.LL. SISTEMA SANITARIO REGIONE LIGURIA - ANNO 2020, DI CUI AGLI AVVISI PUBBLICATI SUL SITO REGIONALE E SUL SITO DELLA SISAC, AI SENSI DELL'ART. 34 COMMA 17 E AI SENSI DELL'ART. 63 COMMA 15 DELL'ACN MMG 21/06/2018.**

Si pubblicano di seguito le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale - anno 2020 - di cui agli avvisi pubblicati, ai sensi dell'art. 34 comma 17 e dell'art. 63 comma 15 dell'ACN MMG 21/06/2018, sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 2 settembre 2020, predisposte e approvate dalla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria.

Ai fini dell'assegnazione degli incarichi, i medici inseriti nelle suddette graduatorie sono convocati alla riunione plenaria a distanza di proprio interesse, organizzata presso la Regione Liguria - Sala Riunioni "Cristoforo Colombo", mediante collegamento telematico su piattaforma StarLeaf, il giorno e in orario, come di seguito indicato:

**MARTEDI' 17 NOVEMBRE 2020**

**ORE 10.00: RIUNIONE PER PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA, ai sensi art. 34 - comma 17 - ACN MMG.**

**MARTEDI' 17 NOVEMBRE 2020**

**ORE 11.30: RIUNIONE PER PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ai sensi art. 63 - comma 15 - ACN MMG.**

**La presente comunicazione costituisce a tutti gli effetti convocazione ufficiale dei medici inseriti nelle allegate graduatorie, ai fini dell'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale - anno 2020.**

**Indicazioni per il collegamento telematico alle riunioni plenarie a distanza**

Le riunioni plenarie a distanza si svolgeranno mediante collegamento telematico su piattaforma StarLeaf, possibile sia da PC, che deve essere connesso a Internet e dotato di microfono e videocamera, sia da dispositivo mobile (cellulare, tablet) che deve disporre di un collegamento 4G/WIFI.

Ai fini del collegamento telematico su piattaforma StarLeaf, nei giorni antecedenti la data delle riunioni, a ciascun medico partecipante verrà inoltrato, all'indirizzo e-mail riportato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi, l'invito alla riunione; unitamente all'invito saranno fornite le istruzioni necessarie sia per l'accesso da PC sia per l'accesso da telefonino o tablet.

Il medico partecipante dovrà collegarsi alla riunione di proprio interesse nella mezz'ora antecedente l'inizio della procedura di conferimento degli incarichi, e dovrà garantire la massima puntualità.

Il medico collegato alla riunione in modalità telematica che accetta l'incarico dovrà contestualmente fornire una "dichiarazione di accettazione di incarico", mediante invio di e-mail riportante il testo di cui al documento fornito in formato .doc con la presente convocazione. Alla e-mail dovranno essere allegati:

1. autocertificazione informativa "L", fornita con la presente comunicazione in formato scaricabile, debitamente compilata e sottoscritta;
2. fotocopia di valido documento di riconoscimento.

La e-mail riportante la dichiarazione di accettazione dell'incarico e gli allegati di cui ai punti 1 e 2 dovrà essere trasmessa dal medico in sede di riunione al seguente indirizzo: [convenzionati@asl3.liguria.it](mailto:convenzionati@asl3.liguria.it).

#### Indicazioni per i medici impossibilitati a partecipare alla riunione in modalità telematica

Il medico oggettivamente impossibilitato a partecipare alla riunione a distanza potrà dichiarare alla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico con l'indicazione dell'ordine di priorità degli incarichi vacanti per i quali ha presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Detta dichiarazione dovrà essere formulata utilizzando la seguente modulistica, resa disponibile con la presente pubblicazione:

- a) "dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria", per l'assegnazione di zona carente di assistenza primaria),
- b) "dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di continuità assistenziale", per l'assegnazione di incarico di continuità assistenziale.

Ciascuna delle dichiarazioni di cui ai punti a) e b) dovrà essere corredata della seguente documentazione:

1. autocertificazione informativa "L", fornita con la presente comunicazione in formato scaricabile, debitamente compilata e sottoscritta,
2. fotocopia di valido documento di riconoscimento,

e trasmessa esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC), all'indirizzo [protocollo@pec.asl3.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it), entro e non oltre le ore 14.00 del 16 novembre 2020 (farà fede l'avviso di consegna della PEC).

La mancata indicazione delle priorità nella dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione. Non verranno presi in considerazione incarichi vacanti che non siano stati indicati nella domanda di partecipazione.

Il medico che partecipa all'assegnazione di incarico sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale deve trasmettere, con PEC separate, ciascuna delle dichiarazioni di disponibilità all'accettazione di incarico, utilizzando la modulistica relativa con a corredo la documentazione di cui ai punti 1. e 2..

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.

Per le modalità di interpello e di conferimento degli incarichi si fa rinvio ai relativi avvisi.

Riferimenti telefonici per informazioni ulteriori:

- Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Rapporti di lavoro e contratti del personale dipendente e convenzionato del SSR – tel. 0105485091;
- ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria – SSD Gestione Reti medici convenzionati aziendali – tel. 0108496673.

\*\*\*\*\*

ALLEGATI, in formato scaricabile:

per la procedura di conferimento degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria:

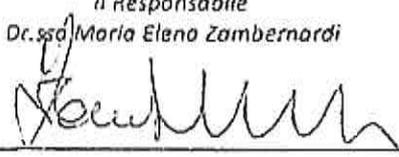
- le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
- il testo e-mail, in formato .doc, riportante la dichiarazione di accettazione dell'incarico di assistenza primaria, per i medici che partecipano alla riunione a distanza in collegamento telematico, e accettano l'incarico;
- il modulo di "dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria", per i medici impossibilitati a partecipare alla riunione telematica per la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, da inviare all'indirizzo PEC della ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria, inderogabilmente entro le ore 14.00 del 16 novembre 2020;

per la procedura di conferimento degli incarichi vacanti di continuità assistenziale:

- le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale;
- l'elenco dei poli di C.A. disponibili, comunicati dalle Aziende;
- il testo e-mail, in formato .doc, riportante la dichiarazione di accettazione dell'incarico di continuità assistenziale, per i medici che partecipano alla riunione a distanza in collegamento telematico, e accettano l'incarico;
- il modulo di "dichiarazione di disponibilità all'accettazione incarico di continuità assistenziale" per i medici impossibilitati a partecipare alla riunione telematica per la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, da inviare all'indirizzo PEC della ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria, inderogabilmente entro le ore 14.00 del 16 novembre 2020.

Per entrambe le procedure:

- autocertificazione informativa L.

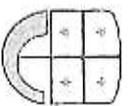
<p>Regione Liguria Dipartimento Salute e Servizi Sociali Settore Rapporti di lavoro e contratti del Personale dipendente e convenzionato del SSR Il Direttore Generale Dott. Francesco Quaglia</p> 	<p>ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria Direzione Socio Sanitaria SSD Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali Il Responsabile Dr. ssa Maria Elena Zambonardi</p> 
--	---

Pubblicazione resa sul sito di ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria:

in data 27 ottobre 2020 Prot. n. 16.19.40

**S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI**
**ALLEGATO "A" - Zone careniti di Assistenza Primaria di cui alla procedura SISAC (art. 34 comma 17 ACN 29/07/2009 come modificato dall'art. 5 dell' ACN 21/06/2018). Graduatoria**

N. Punt G.R.	Titolo	Cognome e Nome	data di laurea	data di nascita	diff. in giorni	voto di laurea	Zona carente scelta	Residenza	
1	0	Regione Piemonte	IENCINELLA Francesco (1)	16/07/2015	25/11/1990	8999	103/110	Genova	AMBITO
2	0	Regione Piemonte	IENCINELLA Francesco (2)	16/07/2015	25/11/1990	8999	103/110	Recco	AZIENDA
3	0	Regione Piemonte	BAFICO Giancarlo (1)	30/07/2015	24/07/1990	9137	109/110	Genova	AMBITO
4	0	Regione Piemonte	BAFICO Giancarlo (2)	30/07/2015	24/07/1990	9137	109/110	Busalla	AZIENDA
5	0	Regione Piemonte	AFFRONTO Andrea	29/10/2015	04/02/1989	9763	107/110	Genova	AMBITO
6	0	Regione Piemonte	ROSSI Luca	23/10/2014	30/07/1987	9947	105/110	Genova	AMBITO
7	0	Regione Piemonte	BRANDANO Tiziana	20/03/2013	27/04/1984	10554	102/110	Genova	AMBITO
8		A	ACCARDIO Cristina	23/07/2012	06/01/1988	8965	113/110	Genova (3004-3005-3006-3007-3008-3009-3015)	AMBITO
9		A	BECCO Davide	27/07/2015	23/11/1990	9012	113/110	Savona, Quiliano	AMBITO
10		A	CRUCIANI Fabio	21/07/2010	11/07/1985	9141	113/110	Genova	AMBITO
11		E	CUNEO Sonia (1)	26/06/1989	31/05/1964	9157	108/110	Mezzanego, Lavagna	AMBITO
12		E	CUNEO Sonia (2)	26/06/1989	31/05/1964	9157	108/110	Moneglia, Casarza	AZIENDA
13		A	ECCLESIA Sara Maria Fanny	22/10/2013	09/09/1988	9174	107/110	Busalla, Mignanego	FUORI REGIONE
14		A	DRAGO Francesca	22/07/2015	10/05/1990	9204	113/110	Genova	AMBITO
15		A	DE BASTIANI Simone	31/10/2014	16/03/1989	9360	106/110	Genova	AMBITO
16		A	SANCANDI Federica	22/07/2015	17/11/1989	9378	113/110	Genova	AMBITO
17		A	CUTULLI Valentina (1)	21/10/2013	26/01/1988	9400	103/110	La Spezia	AMBITO
18		A	CUTULLI Valentina (2)	21/10/2013	26/01/1988	9400	103/110	Genova	REGIONE



# ASIB

Sistema Sanitario Regione Liguria

19	A	DOGLIOTTI Giulia	30/07/2015	18/08/1989	9477	113/110	Savona	AMBITO
20	A	PAPPALARDO Fabrizio (1)	31/07/2012	29/07/1986	9499	108/110	Imperia, Cervo, Civezza	AMBITO
21	A	PAPPALARDO Fabrizio (2)	31/07/2012	29/07/1986	9499	108/110	Riva Ligure, Taggia	AZIENDA
22	A	ISNALDI Carolina	19/10/2015	07/10/1989	9508	108/110	Genova	AMBITO
23	A	TORLELLIO Matilde (1)	15/07/2015	14/06/1989	9527	113/110	Genova	AMBITO
24	A	TORLELLIO Matilde (2)	15/07/2015	14/06/1989	9527	113/110	Bargagli, Recco	AZIENDA
25	A	TELCHIME Andrea (1)	20/07/2015	14/06/1989	9532	113/110	Casazza Ligure, Moneglia	AMBITO
26	A	TELCHIME Andrea (2)	20/07/2015	14/06/1989	9532	113/110	Lavagna	AZIENDA
27	A	SOBRERO Alessia	30/07/2015	10/03/1989	9638	113/110	Genova	AMBITO
28	A	SOBRERO Alessia	30/07/2015	10/03/1989	9638	113/110	Recco, Bargagli	AZIENDA
29	A	BALESTRA Margherita (1)	28/07/2015	02/02/1989	9672	113/110	Genova	AMBITO
30	A	BALESTRA Margherita (2)	28/07/2015	02/02/1989	9672	113/110	Recco	AZIENDA
31	A	BALESTRA Margherita (3)	28/07/2015	02/02/1989	9672	113/110	Pietra Ligure, Calice Ligure, Giustenice	REGIONE
32	A	CANEPA Sara	28/07/2006	15/12/1979	9722	104/110	Genova	AMBITO
33	A	FUI Giulia	26/02/2013	22/04/1986	9807	101/110	Genova	AMBITO
34	A	GHIÒ Cecilia (1)	27/10/2010	23/09/1983	9896	101/110	Casazza Ligure, Moneglia	AMBITO
35	A	GHIÒ Cecilia (2)	27/10/2010	23/09/1983	9896	101/110	Lavagna	AZIENDA
36	E	QUEIRAZZA Paolo (1)	17/03/1988	14/11/1958	10716	103/110	Genova	AMBITO
37	E	QUEIRAZZA Paolo (2)	17/03/1988	14/11/1958	10716	103/110	Busalla, Recco, Rovegno	AZIENDA
38	E	CORRITI Luca (1)	30/10/1987	16/06/1958	10728	101/110	Savona, Quiliano	AMBITO
39	E	CORRITI Luca (2)	30/10/1987	16/06/1958	10728	101/110	Borghetto S. Spirito, Albenza, Alassio, Pietra Ligure, Carcare, Cairo Montenotte	AZIENDA
40	A	MASINELLI Francesca	22/10/2015	10/09/1985	10999	110/110	La Spezia	AMBITO
41	A	BUFFA Valentina	31/03/2014	08/10/1981	11862	103/110	Savona, Quiliano	AMBITO
42	A	VECCHIA Ilaria	18/07/2013	24/01/1980	12229	101/110	Genova	AMBITO



Sistema Sanitario Regione Liguria

**S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI**

ALLEGATO "A" Graduatoria - Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale di cui alla procedura SISAC (art. 63 comma 15 ACN 29/07/2009, come modificato dall'art.6 dell'ACN 21/06/2018)

N.	Cognome e nome	punti G.R.	Attestato	data di laurea	data di nascita	mesi	voto di laurea	ASL richiesta	Residenza
1	IENCINELLA Francesco	0	Regione Piemonte	16/07/2015	25/11/1990	8999	103/110	3 + carcere	AZIENDA
2	BAFICO Giancarlo	0	Regione Piemonte	30/07/2015	24/07/1990	9137	109/110	3 + carcere	AZIENDA
3	OLIVARI Francesco	/	A	17/07/2013	11/07/1989	8772	107/110	3	AZIENDA
4	DRAGO Francesca	/	A	22/07/2015	10/05/1990	9204	113/110	3	AZIENDA
5	TORLELLIO Maide (1)	/	A	15/07/2015	14/06/1989	9527	113/110	3 + carcere	AZIENDA
6	TORLELLIO Matilde (2)	/	A	15/07/2015	14/06/1989	9527	113/110	4	REGIONE
7	BALISTRA Margherita	/	A	28/07/2015	02/02/1989	9672	113/110	3 + carcere	AZIENDA
8	ANZINI Patrizia	/	E	19/03/1990	05/06/1963	9784	113/110	3 - 2 - 4 - 1 - 5	FUORI REGIONE

**Da riportare nel testo della mail di accettazione**

**Dichiarazione di accettazione di incarico di  
continuità assistenziale a tempo indeterminato  
avviso ex art. 63 comma 15 ACN MMG**

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 \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di accettare il seguente incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato:**

Azienda	Polo territoriale/carcere	Modalità di partecipazione
ASL		

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L
- fotocopia di documento di identità in corso di validità

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Firmato

Dott.

**Da riportare nel testo della mail**

**Dichiarazione di accettazione di incarico di  
assistenza primaria a tempo indeterminato  
avviso ex art. 34 comma 17 ACN MMG**

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 \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**ai sensi dell'art. 35 comma 1 dell'ACN MMG 29/07/2009 e ss.mm.ii, di accettare l'incarico di  
assistenza primaria a tempo indeterminato per il seguente ambito territoriale:**

Azienda	Codice identificativo	Ambito territoriale	Modalità di partecipazione
ASL			

Allega alla presente:

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

**Prende atto** che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Firmato

Dott.

**ELENCO POLI DI C.A. DISPONIBILI**

<b>AA.SS.LL.</b>	<b><u>N.</u> <u>INCARICHI</u> <u>PUBBLICATI</u></b>	<b><u>POLI DISPONIBILI</u></b>	<b><u>* N.</u> <u>INCARICHI</u> <u>DISPONIBILI</u></b>
<b>ASL 1</b>	<b>49</b>	nessuna indicazione	
<b>ASL 2</b>	<b>4</b>		
-		ALASSIO	4
-		ALBENGA	4
-		FINALE LIGURE	3
-		MILLESIMO	3
-		SAVONA OLTRE LETIMBRO	2
-		VARAZZE	1
-		CENTRALE OPERATIVA	2
<b>ASL 3</b>	<b>19 di cui 4 in carcere</b>		
-		CAMPOLIGURE	1
-		COGOLETO	1
-		VOLTRI	2
-		SESTRI PONENTE	3
-		SAMPIERDARENA	1
-		BUSALLA	4
-		RIVAROLO	1
-		RONCO SCRIVIA	1
-		CENTRALE OPERATIVA	3
-		GALLIERA	2
-		MARASSI	3
-		BARGAGLI	2
-		TORRIGLIA	2
-		ROVEGNO	2
-		CARCERE	4
<b>ASL 4</b>	<b>7</b>		
-		CHIAVARI	4
-		RAPALLO	1
-		REZZOAGLIO	1
-		BORZONASCA	1
<b>ASL 5</b>	<b>10</b>		
-		CARCERE	2
-		LEVANTO	1
-		SARZANA	1
-		LA SPEZIA	10

\* Si precisa che a seguito di recessi e cessazioni, ad oggi, i poli vacanti risultano essere un numero maggiore rispetto a quanto pubblicato da Regione Liguria con decreto dirigenziale n. 5021 del 01/09/2020. Pur restando invariato il numero di incarichi bandito, nella tabella sono state indicate tutte le carenze per dare la massima disponibilità di scelta ai medici.

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria  
 a tempo indeterminato – procedura art. 34 comma 17 ACN MMG 21/06/2018**

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)

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 collegarsi alla riunione a distanza di **martedì 17 novembre 2020, alle ore 10:00**, relativa alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Assistenza Primaria**, di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 2 settembre 2020 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli ambiti carenti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della  lettera a)  lettera b) dell'avviso:

<i>(riportare in ordine di priorità la/le ASL e per ciascuna il n. di codice identificativo degli ambiti carenti per i quali ha presentato domanda di partecipazione)</i>									
Azienda	Codici identificativi								
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.							
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.							
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.							
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.							
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.
	n.	n.							

Dichiara, inoltre, di aver preso visione delle seguenti condizioni:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione;
- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

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.

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di continuità  
assistenziale a tempo indeterminato – procedura art. 63 comma 15 ACN MMG  
21/06/2018**

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)

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 collegarsi alla riunione a distanza di **martedì 17 novembre 2020, alle ore 11:30**, relativa alla **procedura di assegnazione degli incarichi di Continuità Assistenziale** di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 2 settembre 2020 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

**DICHIARA**

**la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale, secondo il seguente ordine di priorità** tra gli incarichi indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della  lettera a)  lettera b) dell'avviso

Azienda	Ordine di priorità assegnazione incarico di continuità assistenziale
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione delle seguenti condizioni:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione;

- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

**Prende atto** che ogni comunicazione in merito verrà trasmessa a cura della ASL all'indirizzo di PEC sopra indicato.

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 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: (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.**