

## INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2021

Procedura ai sensi dell'articolo 34 comma 17- bis del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

In attuazione dell'articolo 34 comma 17- bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., e considerato quanto indicato da SISAC nella nota n. 462 del 8 maggio 2020 in relazione all'attivazione della procedura di cui al comma 17, e dal D.L. n 228/2021, è indetto l'avviso per l'assegnazione degli incarichi di assistenza primaria di cui alla Determinazione n. G06889 del 8 giugno 2021 pubblicata sul BURL n. 56 supplemento n. 1 del 10 giugno 2021, rimasti ancora vacanti in esito alle procedure previste dall'articolo 34 commi 5, 12 e 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Ai sensi dell'articolo 34, comma 17- bis del vigente ACN, in caso di mancata assegnazione degli incarichi sulla base delle procedure previste dalle suddette norme, possono concorrere al conferimento i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12; e **successivamente**, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Possono presentare domanda:

- 1) I medici abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale **presso la Regione Lazio**, di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;
- 2) I medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale **presso la Regione Lazio**, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

### **Modalità e termini di presentazione della domanda.**

I medici in formazione interessati, **entro il termine perentorio di venti giorni** decorrenti dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione, dovranno presentare domanda alla Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane – esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo: [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it) specificando nell'oggetto della PEC la seguente dicitura: **Domanda incarichi residui AP 2021.**

Il termine stabilito per la presentazione delle domande è **perentorio** e ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile farà fede l'avviso di avvenuta consegna della PEC. Non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano spedite oltre il termine previsto. L'amministrazione è sollevata da ogni responsabilità per eventuali disguidi dipendenti da inesatta indicazione di recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato sulla domanda, né per eventuali disguidi telematici non imputabili all'amministrazione stessa.

**La domanda deve essere presentata utilizzando il modello "A" allegato** sottoscritto con firma autografa, in forma estesa e leggibile, allegando copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità; e **deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo** (come da parere Agenzia Entrate n. 954-19608/2010) **dell'importo di euro 16,00**. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso in allegato alla domanda di partecipazione alla medesima PEC, il Modello M allegato.

L'Amministrazione può effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai partecipanti all'avviso, in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 71 del T.U. approvato con D.P.R. 28/1/2000, n. 445.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'Amministrazione attiverà le procedure previste dagli atti 75 e 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si procederà alla decadenza dall'incarico sulla base della dichiarazione non veritiera.

L'amministrazione si impegna a trattare i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679/UE e del D.lgs. n. 196/2003 modificato dal D.lgs. n. 101/2018.

Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di assegnazione degli incarichi e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle suddette procedure di assegnazione. I dati raccolti non saranno comunicati a terzi, se non per obbligo di legge. Saranno conservati presso la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso e conservati in conformità delle norme in materia. Gli interessati potranno esercitare i diritti previsti dalle disposizioni vigenti.

### **Formazione delle graduatorie e individuazione aventi diritto:**

Ai sensi dell'articolo 34 comma 17 -bis gli incarichi saranno conferiti **secondo il seguente ordine di priorità:**

- a) ai medici abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Lazio, di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;
- b) ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Lazio, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Ai sensi dell'articolo 34 comma 17 ter del vigente ACN, i suddetti medici sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

L'individuazione degli aventi diritto a ricoprire gli incarichi verrà effettuata dalla competente Area Risorse Umane ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, sulla base delle graduatorie predisposte come sopra precisato, interpellando prioritariamente i medici di cui al punto a) e successivamente i medici di cui al punto b).

La competente struttura regionale provvederà alla convocazione dei medici a mezzo PEC con un preavviso di almeno 15 giorni, indicando la sede o diversa modalità per effettuare l'accettazione. La mancata presentazione e/o riscontro via PEC entro il termine indicato nella comunicazione, costituisce rinuncia all'incarico.

Espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, la competente struttura regionale invia gli atti all'Azienda interessata, che come previsto dall'articolo 35, comma 2 del vigente ACN, conferisce l'incarico "temporaneo" con provvedimento del Direttore Generale, che dovrà essere comunicato all'interessato. Da detta comunicazione decorre il termine di 90 giorni previsto dall'articolo 35 comma 3. Ai sensi dell'articolo 35 comma 15 il Direttore Generale conferirà l'incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Per quanto non previsto dal presente avviso si rimanda alle disposizioni contenute nel vigente ACN.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI NELLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA.  
(articolo 34 comma 17 bis ACN medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.)**

Regione Lazio  
Direzione Regionale Salute e Integrazione  
Sociosanitaria  
Area GR/39/06  
PEC: [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it)

Il sottoscritto dr \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC (obbligatoria) \_\_\_\_\_

Ai sensi dall'articolo 34, comma 17 bis, dell'ACN della medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i come modificato dall'articolo 4 dell'ACN del 18 giugno 2020 e specificatamente:

ai sensi di quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

### FA DOMANDA

Per l'assegnazione degli incarichi di assistenza primaria rilevati per l'anno 2021, di cui alla Determinazione n. G06889 del 10 giugno 2021 pubblicata sul BURL n. 56 supplemento n. 1 del 10 giugno 2021 e ancora vacanti in esito allo svolgimento delle procedure di assegnazione di cui all'articolo 34, comma 5, lettere a) b) e c) del vigente ACN della medicina generale, pubblicati sul BURL n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per le seguenti ASL

ASL ROMA	Distretto Roma <input type="checkbox"/>	ASL RM3	Comune Fiumicino <input type="checkbox"/>			
ASL ROMA 4	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL RIETI	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>		

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, e degli effetti amministrativi previsti dall'articolo 75 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

### D I C H I A R A

- a. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110
- b. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_
- c. di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- d. di frequentare il  **primo anno**  
 **secondo anno**  
 **terzo anno**

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso **la Regione Lazio** e di avere effettivamente iniziato il corso in data \_\_\_\_\_

- e. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
nella ASL \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### D I C H I A R A A L T R E S I'

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda.

di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**firma per esteso (\*)**  
\_\_\_\_\_

*(\*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.*

Modello M

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO  
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA P.A.**

SPAZIO PER Marca da Bollo da annullare con data e firma
---

Il/La sottoscritto/a Dott.....

Nato/a a.....prov.....

Il.....codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

**DICHIARA**

-di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi di assistenza primaria ancora vacanti per l'anno 2021 presso le ASL della Regione Lazio, con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

-di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data .....

Firma

.....

**AVVERTENZE**

Il presente modulo deve essere allegato alla domanda di partecipazione. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.