



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

OGGETTO: Richiesta di disponibilità per incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), ai sensi degli artt. 36 e 37 ACN Medici Medicina Generale del 04/04/2024.

Visto l'avviso, nota prot. n. 80828 del 17.09.2024, finalizzato all'acquisizione di domande di disponibilità per incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), ai sensi degli artt. 36 e 37 ACN 04/04/2024, inviato, con pec a tutti i medici iscritti nella Graduatoria aziendale di categoria valevole per l'anno 2024 (Determina n. 434 del 07.02.2024).

Considerato che le disponibilità acquisite, entro i termini previsti nel suddetto avviso, non sono sufficienti a ricoprire le postazioni di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) dell'ASL di Frosinone.

Considerato che questa Azienda deve provvedere all'assegnazione degli incarichi provvisori/sostituzione di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) specificati nel prospetto allegato, si rende necessaria l'acquisizione di ulteriori disponibilità da parte di Medici interessati.

Si precisa che l'incarico provvisorio/sostituzione può essere attribuito **solo ai Medici che non si trovino in situazioni di incompatibilità**, ai sensi della vigente normativa di categoria, e che le domande di disponibilità verranno graduate secondo i criteri previsti dal vigente ACN di categoria (art. 19 ACN MMG del 04.04.2024).

L'accettazione dell'incarico a tempo determinato vincola il medico, in caso di dimissioni, a rispettare il termine di preavviso di 60 giorni (art.24, comma 1, lett. a) ACN vigente). La mancata osservanza del termine di preavviso comporterà il mancato interpello, del medico inosservante, per il periodo di successivi 6 mesi.

Le SS.LL. sono, pertanto, invitate a comunicare la propria disponibilità tramite il modello allegato, da restituire sottoscritto e corredato dai documenti richiesti (All. L/ autocertificazione informativa + copia documento di riconoscimento in corso di validità con apposta data e firma) **entro il 29.09.2024 con PEC**, all'indirizzo : medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it

Distinti saluti

IL RESPONSABILE
UOSD MEDICINA CONVENZIONATA E R/A
DOTT.SSA AURELIA DE CICCO

ASL Frosinone
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

UOSD Medicina Convenzionata /RA
Responsabile: Dott. Aurelia De Cicco
Telefono: 0775.2072667 – 2698

medicinadibase@aslfrosinone.it - medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it



ausl_fr (MED_CON_RET_ASS)
Prot.N. 00018921 - 23/09/2024 14:11:32 - INTERNO
3-2024-18921
sha-256: 54ebb42c16a1e42155f0b34d002ef8230345cbd8d02284fb78f7a0da0c36e8ab

**PROSPETTO POSTI VACANTI PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DISTRETTI A-B-C-D ED ISTITUTI PENITENZIARI**

DISTRETTO "A" – N° 2 posti disponibili a 24h/s + 1 posto disponibile a 12 h/s per incarichi a tempo determinato

1A – POSTAZIONE ITINERANTE ANAGNI: N° 1 posto vacante dal 01/12/2024

2A – POSTAZIONE ITINERANTE FILETTINO-TREVI NEL LAZIO: N° 1 posto vacante dal 01/12/2024

3A – POSTAZIONE ITINERANTE FIUGGI: N° 1 posto vacante a 12h/s dal 01/12/2024

DISTRETTO "B" – N° 10 posti disponibili a 24h/s + n° 3 posti disponibili a 12 h/s per incarichi a tempo determinato

1B – POSTAZIONE ITINERANTE BOVILLE ERNICA: N° 2 posti vacanti dal 01/11/2024

2B – POSTAZIONE ITINERANTE CECCANO: N° 3 posti vacanti dal 01/12/2024

3B – POSTAZIONE ITINERANTE CEPRANO: N° 1 posto vacante a 12 h/s dal 01/12/2024

4B – POSTAZIONE FROSINONE ITINERANTE: N° 1 posto vacante dal 01/12/2024

5B – POSTAZIONE FROSINONE CUA: N° 3 posti vacanti dal 01/12/2024

N° 1 posto vacante a 12h/s dal 01/11/2024

6B – POSTAZIONE VEROLI: N° 1 posto vacante dal 01/10/2024 al 30/11/2024 (sostituzione medico titolare)

N° 1 posto vacante a 12 h/s dal 01/11/2024

DISTRETTO "C" –N° 5 posti disponibili a 24h/s per incarichi a tempo determinato

1C – POSTAZIONE ITINERANTE ATINA: N° 1 posto vacante dal 01/10/2024

2C - POSTAZIONE ITINERANTE ISOLA DEL LIRI: N° 1 posto vacante dal 01/12/2024

3C- POSTAZIONE ITINERANTE MONTE S.G. CAMPANO: N° 1 posto vacante dal 01/10/2024

4C - POSTAZIONE ITINERANTE SORA: N°2 posti vacanti dal 01/12/2024

DISTRETTO "D" –N° 1 posto disponibile a 24 h/s per incarichi a tempo determinato

4D– POSTAZIONE ITINERANTE VALLEROTONDA: N° 1 posto vacante dal 01/11/2024



ISTITUTI PENITENZIARI—N° 7 posti disponibili(Guardia Medica intramuraria per turni H24 articolati in Notturmo 22.00-8.00-Antimeridiano 8.00-14.00 –Pomeridiano 14.00-22.00) :

1 -C.C. FROSINONE : N° 2 posti vacanti dal 01/10/2024

2 -C.C. CASSINO : N° 1 posto vacante dal 01/11/2024
N° 1 posto vacante dal 01/12/2024

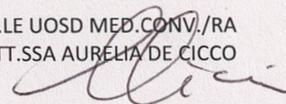
2 -C.C. PALIANO : N° 2 posti vacanti dal 01/10/2024
N° 1 posto vacante dal 01/11/2024

Precisazioni:

- *nella comunicazione di disponibilità i medici dovranno indicare con numerazione progressiva l'ordine di priorità delle sedi scelte;*
- *non potranno aderire alla presente procedura coloro che hanno già in essere un incarico di C.A. a tempo determinato con la ASL di Frosinone.*

Frosinone

IL RESP.LE UOSD MED.CONV./RA
DOTT.SSA AURELIA DE CICCO



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
 a _____ il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____
 ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara
 formalmente di

1) essere - non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 _____ Azienda

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del
 relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
 Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1)
 come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
 Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____
 Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.
 502/92:

Azienda _____ Via _____
 Tipo di attività _____
 Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale
 o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1),
 nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto
 Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e
 corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio: dal _____



9) operare/non operare (1) 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 n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) 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:

15) fruire/non fruire (1) 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 (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____



18) operare/non operare (1) 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 di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONFERMAZIONE

