



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

# AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

Via Dante Alighieri 89900 – Vibo Valentia – P. IVA. 02866420793

*U.O. Direzione Distretto Sanitario Unico*  
*Direttore f.f. Dott. Raffaele Bava*

## AVVISO

### PER MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE/MMG ASP VIBO VALENTIA - ANNO 2025 -

E' indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale, con validità fino alla pubblicazione della graduatoria definitiva regionale, di Medici disponibili al conferimento di incarichi a tempo determinato presso il Servizio di Continuità Assistenziale/MMG .

Requisiti di ammissione che devono essere posseduti alla data di scadenza della presentazione della domanda per la partecipazione al presente, sono i seguenti:

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- iscrizione all'ordine di Medici;
- assenza di provvedimenti in essere di sospensione dall'ordine dei Medici.

I medici saranno inclusi nella graduatoria come previsto dall'art.19 dell'A.C.N. vigente, **sarà a cura dell'Azienda assegnare l'incarico in base alle necessità.**

#### **Tale avviso è rivolto:**

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio conseguito nella graduatoria definitiva 2024 con priorità per i residenti nel territorio di competenza di questo distretto Sanitario;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448:

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

I medici di cui alle lettere e sono graduati nell'ordine di:

- residenza nella provincia di Vibo Valentia;
- minore età alla data di conseguimento del Diploma di Laurea;
- voto di laurea;
- anzianità di laurea.

L'accettazione dell'incarico provvisorio implica l'applicazione delle norme dettate dall'ACN per la medicina generale in vigore e vincola il medico accettante al rispetto delle stesse. E' prevista la sospensione cautelativa dal Servizio, qualora richiesta o autorizzata dall'Autorità Giudiziaria.

La non disponibilità ad accettare l'incarico non comporta l'esclusione dalla graduatoria, che potrà avvenire solo mediante rinuncia formale da parte dell'interessato.

L'amministrazione si riserva di inserire nella graduatoria le eventuali domande che saranno presentate oltre termine al fine di garantire l'inserimento dei Medici neolaureati oltre la scadenza del presente bando.

L'Amministrazione si riserva il diritto di prorogare, sospendere, modificare in tutto o in parte o annullare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Qualora emergano dichiarazioni non veritiere rese dai partecipanti all'avviso, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, gli stessi decadono dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni rese.

Per quanto non previsto dal presente bando si fa riferimento alle disposizioni di legge che regolano la materia. I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti per le finalità di gestione della graduatoria, nonché, successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

L'istanza, pena di esclusione, deve essere completa di: dati anagrafici, la residenza o domicilio se diverso della residenza, l'esatto recapito telefonico: fisso e mobile, mail ordinaria e PEC.

**Nella domanda bisogna riportare:**

- La posizione ed il punteggio assegnato nella Graduatoria Regionale vigente;
- La data, il voto di laurea, l'iscrizione all'ordine dei medici indicando la sede provinciale;
- Gli estremi dell'attestato di formazione in Medicina Generale (ove posseduto);
- Copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore;

**Costituiscono motivi di esclusione dalla graduatoria:**

- La mancanza della firma nella domanda;
- La trasmissione della domanda con modalità diverse di iscrizione rispetto a quella prevista dal presente Avviso;
- La mancata trasmissione della domanda **oltre il quindicesimo giorno** dalla data di pubblicazione del presente atto;
- L'errata indicazione di uno dei dati utili ai fini della formulazione della Graduatoria Aziendale: voto – anzianità di laurea (data di laurea) – minore età al momento della laurea (data di nascita);
- L'omessa dichiarazione di iscrizione all'Ordine dei medici.

I medici interessati possono inviare apposita domanda di partecipazione in carta libera, indicando in oggetto: “*AVVISO per medici aspiranti al conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di **Continuità Assistenziale/MMG ASP Vibo Valentia***” tramite posta certificata all’indirizzo PEC: [aspvibovalentia@pec.it](mailto:aspvibovalentia@pec.it) entro il termine perentorio di trenta giorni successivi alla di pubblicazione del presente avviso sul sito Web dell’Asp di Vibo Valentia.  
Per ulteriori informazioni rivolgersi al Distretto Sanitario Unico Vibo Valentia – “Cure Primarie”.  
Si allega domanda

Il Direttore Distretto Sanitario Unico  
Dot. Raffaele Bava



***U.O. Direzione Distretto Sanitario Unico***

Schema domanda di inserimento GRADUATORIA ASP VV medici per eventuali incarichi provvisori

La presente domanda deve essere compilata in tutte le sue parti in carta semplice (scrivere in stampatello e con carattere leggibile)

**Alla Terna Commissariale**

**Al Direttore f.f. Distretto Sanitario Unico**

**Al servizio Cure Primarie e Continuità Assistenziale**

**Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia  
Ufficio Protocollo Via Dante Alighieri**

Il/la sottoscritto/a Dott/dott.ssa..... nato/a a  
.....il..... Residente in..... Via  
.....n. ....Cap..... Tel.....  
Cell. ....Laureato/a il ..... con voto .....

**CODICE FISCALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- INSERITO/A NELLA VIGENTE Graduatoria Regionale al posto n°.....con punteggio.....;
- Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale;
- Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale;
- NON essere iscritto/a nella vigente Graduatoria Regionale;
- Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

**CHIEDE**

Di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per eventuali incarichi provvisori nel **Servizio della Continuità Assistenziale/MMG** dell'Azienda Provinciale di Vibo Valentia.

A tal fine, ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione,

**DICHIARA**

- di essere iscritto/a all'Ordine dei medici di .....al n..... sin dal .....
- di essere consapevole del termine perentorio fissato **entro il quindicesimo giorno dalla pubblicazione del presente atto** per la domanda di inserimento di che trattasi;
- di essere in posizione di compatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore per la Continuità Assistenziale e M.M.G.;

- che quanto su riportato corrisponde al vero ai sensi delle vigenti norme in materia di autocertificazione, consapevole di tutte le conseguenze penali e civili che la legge attribuisce alle dichiarazioni mendaci;

- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.lg. n° 196/2003.

Allega a pena di esclusione:

- Autocertificazione di iscrizione al competente Ordine dei medici;
- Fotocopia di valido documento di riconoscimento datato e firmato;
- Fotocopia del Codice Fiscale.

**DATA**.....

**FIRMA**.....