



**AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ASST BERGAMO OVEST, VALEVOLE PER L'ANNO 2024 DI MEDICI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO E/O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE QUALE MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX MMG)**

in esecuzione della deliberazione n. 49 del 11/01/2024 è emanato avviso pubblico per la:

**PREDISPOSIZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ASST BERGAMO OVEST, VALEVOLE PER L'ANNO 2024 DI MEDICI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO E/O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE QUALE MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (EX MMG)**

Ai sensi degli artt. 37 e 36 dell'ACN della Medicina Generale del 28/04/2022, nonché degli Accordi Regionali vigenti, le Aziende Socio Sanitarie Territoriali possono conferire incarichi provvisori e di sostituzione, in caso di carenza di assistenza primaria.

A seguito della pubblicazione sul BURL – Serie Avvisi e Concorsi n° 48 del 29/11/2023 D.d.s. 21/11/2023 n° 18424 - di Regione Lombardia della graduatoria regionale definitiva dei Medici di Assistenza Primaria anno 2024 e dell'art. 19, dell'ACN della Medicina Generale del 28/04/2022, di quanto disposto dall'AIR 2022, viene indetto il presente avviso per la formulazione di una graduatoria aziendale da utilizzarsi per il conferimento di eventuali incarichi provvisori a tempo determinato e/o l'affidamento di sostituzioni di assistenza primaria per l'anno 2024, per gli ambiti territoriali dell'ASST Bergamo Ovest.

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

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

**Le modalità ed i criteri per la formazione di detta graduatoria aziendale** sono disciplinati dall'art. 19, comma 6 dell'ACN 28/04/2022, pertanto sarà data priorità:

**Per gli incarichi provvisori di medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta:**

- a) medici iscritti nella Graduatoria Regionale anno 2024, secondo l'ordine di punteggio;
- 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 (31/01/2023 – termine ultimo per la presentazione delle domande di inclusione in Graduatoria Regionale);
- c) medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale esclusivamente in Regione Lombardia.

**Per il solo affidamento di incarichi di sostituzione medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (ai sensi dell'art. 19, comma 11, della Legge 28/12/2001, n. 448):**

- c1) medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione Lombardia e in altre Regioni;

- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai Corsi di Specializzazione;

**In via subordinata per il conferimento di incarichi provvisori e/o affidamento di sostituzioni:**

- f) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale entro il 31/12/1994 (titolo equipollente per l'iscrizione in graduatoria regionale) non iscritti in graduatoria regionale.

Nel caso di medici già iscritti in graduatoria regionale e, contemporaneamente, iscritti anche al corso di formazione specifica in medicina generale oppure ad un corso di specializzazione, essi andranno inseriti, rispettivamente, nelle categorie "medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale" (categoria c), oppure nella categoria "medici iscritti ai corsi di specializzazione" (categoria e) per l'Assistenza Primaria.

Si precisa che Regione Lombardia ha messo a disposizione di ogni ASST (in attuazione alla procedura attivata ai sensi dell'art. 19, comma 3, ultimo capoverso, ACN 28/04/2022 che consente ai Medici in sede di presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale, di esprimere la propria disponibilità ad iscriversi in una o più graduatorie aziendali) l'elenco di Medici di cui alla lettera a).

Pertanto, **non devono presentare domanda di partecipazione al seguente avviso i Medici che in sede di presentazione della domanda per la graduatoria regionale, avevano già espresso tale disponibilità**, poiché a tutti gli effetti già iscritti nella graduatoria aziendale.

Viceversa, possono presentare domanda per il seguente avviso, i Medici che, **ancorché iscritti nella graduatoria regionale, non abbiano espresso la propria disponibilità a iscriversi nella graduatoria aziendale dell'ASST Bergamo Ovest** e pertanto non risultino inseriti nell'elenco di cui sopra

I Medici, di cui alla lettera a) inseriti nell'ambito della graduatoria aziendale dell'ASST Bergamo Ovest, saranno graduati secondo l'ordine di punteggio nella graduatoria regionale.

I Medici di cui alla lettera da b) a f) saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del Diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità (art. 19, comma 7 – ACN 28/04/2022).

Inoltre, i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale saranno graduati per annualità di frequenza (3°, 2° e 1°) a partire dalla data effettiva di inizio del corso, indi in ordine di minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea (art. 34 ACN 28.4.2022), con priorità di interpello per i residenti nel territorio della ASST Bergamo Ovest, della provincia di Bergamo, poi in Regione e successivamente fuori Regione.

I Medici in possesso dell'attestato di formazione e i medici abilitati prima e dopo il 31.12.1994 saranno graduati nell'ordine sopra richiamato.

**Criteri per l'assegnazione dell'incarico di assistenza primaria**

L'avente diritto all'assegnazione dell'incarico non deve trovarsi in posizione d'incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN 28/04/2022.

L'assegnazione dell'incarico provvisorio potrà fare riferimento alle procedure previste dall'ACN 28.04.2022 (artt. 36 e 37 – Sostituzioni e Incarichi provvisori) nel caso in cui le disposizioni in materia di organizzazione delle AAFFTT risultino pienamente operative.

La graduatoria avrà validità sino all'approvazione di una nuova graduatoria aziendale, salvo diverse indicazioni Regionali.

L'ASST Bergamo Ovest, 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.

Nel caso il Medico interpellato fosse temporaneamente impossibilitato ad accettare l'incarico provvisorio, lo stesso manterrà la posizione in graduatoria aziendale. Qualora il Medico inviasse comunicazione scritta per la rinuncia agli incarichi provvisori o alle sostituzioni, sarà cancellato dalla graduatoria aziendale.

L'accettazione dell'incarico provvisorio a tempo determinato o l'affidamento di sostituzione, implica l'applicazione delle norme dettate dal vigente ACN e AIR per la Medicina Generale e vincola il Medico accettante al rispetto delle stesse.

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

### **Modalità di presentazione della domanda**

Per la partecipazione all'Avviso i Medici devono trasmettere apposita domanda debitamente sottoscritta, unicamente utilizzando il fac-simile allegato, **entro e non oltre le ore 12.00 del giorno 31 gennaio 2024.**

La domanda in formato PDF e in bollo (attualmente € 16,00) andrà inoltrata all'ASST Bergamo Ovest. Dovrà essere trasmessa esclusivamente all'indirizzo mail protocollo@pec.asst-bgovest.it a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale.

È onere del medico partecipante assicurarsi della regolarità dell'invio della PEC e dei seguenti allegati **pena l'esclusione dalla graduatoria:**

1. copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore,
2. sottoscrizione della dichiarazione sulla privacy,
3. allegato L (dichiarazione sostitutiva atto notorio).

L'ASST Bergamo Ovest declina ogni responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito da parte del Medico, oppure non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte del candidato, l'accettazione senza riserva di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso e di quelle che disciplinano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti di questa Azienda.

Per quanto non previsto dal presente avviso si rimanda alla normativa vigente in materia.

Il testo integrale del presente bando, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, è disponibile sul sito Internet Aziendale indirizzo: [www.asst-bgovest.it](http://www.asst-bgovest.it) – Area amministrazione Trasparente – Bandi di Concorso-Avvizi Pubblici (tempo determinato)

Treviglio il :11/01/2024

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Palazzo Giovanni

*(esente da bollo art. 19 D.P.R. 24/4/1954 n°342 all. B)*

Imposta  
di Bollo  
€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE  
ASST BERGAMO OVEST

PEC: protocollo@pec.asst-bgove.it

**Oggetto:** Domanda di inclusione nella graduatoria aziendale per l'anno 2024 per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta.

Il/la sottoscritto/a Dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

PEC personale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ voto Laurea \_\_\_\_/\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere incluso/a nella graduatoria aziendale dell'ASST Bergamo Ovest per l'anno 2024 per l'assegnazione di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il ruolo unico dell'assistenza primaria a ciclo di scelta. A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi,

## DICHIARA

- Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_
- Di aver acquisito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con n° iscrizione \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto/a al corso di Specializzazione dal \_\_\_\_\_;
- Di essere inserito/a nella graduatoria di settore per l'Assistenza Primaria della Regione Lombardia per l'anno 2024. Posizione in graduatoria \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;

- Di essere in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, conseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e cioè successivamente alla data di presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2023);
- Di essere iscritto/a al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione Lombardia, data inizio corso \_\_\_\_\_, presso il Polo Formativo di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ (indicare se iscritto al 3°, 2° o 1° anno);
- Di essere iscritto/a al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in **altre Regioni** (indicare la Regione \_\_\_\_\_), dal/data inizio corso \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ (indicare se iscritto al 3°, 2° o 1° anno);

**Altro da dichiarare o note:**

---



---



---

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

**Da allegare:**

1. Allegato L (dichiarazione sostitutiva atto notorio).
2. Fotocopia documento d'identità (in corso di validità)\*

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione sulla privacy**

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 sulla **privacy** autorizzo l'ASST Bergamo Ovest a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento degli incarichi provvisori per l'assistenza primaria, nonché per i connessi obblighi di legge.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(\*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DI CUI ALL'ALLEGATO "L" DELL'ACN  
PER LA MEDICINA GENERALE DEL 29/07/2009.**

**ALLEGATO L**

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

RESIDENTE a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

DOMICILIATO a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto all'albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n.15 avvalendosi della facoltà concessa  
dagli art.46, 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76  
del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, 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 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  
settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore  
settimanali \_\_\_\_\_

**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, Decreto 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 L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto L.vo n. 368/99:

Denominazione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ corso

Soggetto \_\_\_\_\_ pubblico \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ lo \_\_\_\_\_ svolge

Inizio: dal \_\_\_\_\_ conseguimento specialità/attestato il \_\_\_\_\_

**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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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, della legge 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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 n.626/93

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

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

**12)** svolgere - non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'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 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**21) di effettuare – non effettuare attività libero-professionale (indicare attività non compresa nei punti precedenti – in caso negativo scrivere: nessuna) in qualità di**

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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"**