

Comunicato regionale 30 maggio 2022 - n. 53

Direzione generale Welfare - Pubblicazione incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimasti vacanti a seguito della pubblicazione ordinaria di aprile 2022 - rivolta ai medici di emergenza sanitaria territoriale con incarico convenzionale a tempo determinato - legge 30 dicembre 2021 n. 234, art. 1, commi 272 e 273

Ai sensi della legge 30 dicembre 2021 n. 234, art. 1, comma 272, si pubblicano gli incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimasti vacanti a seguito della pubblicazione ordinaria di aprile 2022, rilevati da AREU in coordinamento con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) interessate, sedi di Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT), precisando che i medici che verranno convenzionati in relazione agli incarichi vacanti dovranno prestare la propria attività su tutte le postazioni di soccorso, compresi i Punti di Primo Intervento, afferenti ai territori di competenza delle singole Articolazioni Aziendali Territoriali - AAT di AREU.

Tale pubblicazione è rivolta ai medici di emergenza sanitaria territoriale con incarico convenzionale a tempo determinato in possesso dei requisiti previsti dal citato comma 272 che dispone: "Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il personale medico in servizio presso le strutture del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della presente legge ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, può accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinate al servizio di emergenza-urgenza 118 anche senza il possesso del diploma attestante la formazione specifica in medicina generale. A determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato".

Il comma 273 precisa che è comunque requisito essenziale il possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale.

A pena di esclusione

le domande dei medici interessati, compilate secondo gli schemi allegati al B.U.R.L. e corredate **dell'allegato L** dovranno pervenire alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali interessate a pena di inammissibilità **entro e non oltre il 28 giugno 2022**. Si indica come esclusiva modalità di presentazione delle domande l'invio a mezzo PEC all'indirizzo PEC dell'ASST.

Sommario

- Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- Fac-simile domande e autocertificazione informativa allegato L;
- Indirizzi PEC ASST e riferimenti telefonici.

L'elenco degli incarichi vacanti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.regione.lombardia.it > **servizi e informazioni** > **enti e operatori** > **sistema welfare** > **Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua** > **Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti**.

I fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

La dirigente
Rosetta Gagliardo

Ore di incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rimasti vacanti dopo la pubblicazione ordinaria di aprile 2022	
ASST DELLA LOMBARDIA (SEDI DI ARTICOLAZIONI AZIENDALI TERRITORIALI – AAT)	N. Ore vacanti
ASST Spedali Civili di Brescia	38
ASST Mantova	152
ASST Valtellina e Alto Lario	380



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (per i medici di emergenza sanitaria territoriale con incarico convenzionale a tempo determinato in possesso dei requisiti previsti dai commi 272 e 273 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234)

**Bollo
€ 16,00**

All'Azienda Socio Sanitaria Territoriale _____

PEC _____

La/Il sottoscritto/a Dr.ssa/Dr. _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nata/o
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP. _____ tel. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dai commi 272 e 273 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

DICHIARA

di essere titolare di incarico a tempo determinato per l'emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda/Ospedale/ASST dal _____

di essere stata/o titolare di incarico a tempo determinato per l'emergenza sanitaria territoriale presso:

- la AO/ASST di dal al.....
- la AO/ASST di dal al.....
- la AO/ASST di dal al.....

Indicare i periodi di eventuale sospensione dell'incarico:.....

- per un numero totale di mesi di attività _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

L'indirizzo p.e.c.

Data.....

Firma.....

È prevista la FIRMA DIGITALE, eventualmente in luogo dell'autenticazione della firma olografa, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Si allega **Allegato L** ai sensi dell'art. 34 comma 14. Si allega **Allegato L** ai sensi dell'art. 34 comma 14.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ASST di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ASST.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ASST.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASST di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, li

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

Esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....

È prevista la FIRMA DIGITALE, eventualmente in luogo dell'autenticazione della firma olografa, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA****Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009**

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr.....

Nata/o a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritta/o all'Albo

dei..... della Provincia di....., ai

sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

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 diAzienda.....
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) iscritta/o 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 iscritta/o (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 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:
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
.....
Pensionata/o dal

NOTE:

- (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"

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.
In fede

Data _____ Firma _____

È prevista la FIRMA DIGITALE, eventualmente in luogo dell'autenticazione della firma olografa, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.



Elenco indirizzi PEC delle ASST che hanno pubblicato incarichi vacanti, cui inviare le domande e n. telefonici di riferimento

ASST	PEC	N. TELEFONO
ASST Spedali Civili di Brescia	protocollo.spedalicivilibrescia@legalmail.it	030.3998557
ASST Mantova	protocollogenerale@pec.asst-mantova.it	0376.201829
ASST Valtellina e Alto Lario	protocollo@pec.asst-val.it	0342.521550