



Direzione Sanitaria

Dipartimento Cure Primarie - Struttura Assistenza Medica di Base

Titolario II.05.01

**AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA GRADUATORIA ANNO 2022  
DEI MEDICI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO O DI  
SOSTITUZIONE DI PEDIATRA DI FAMIGLIA  
DA UTILIZZARE IN SUBORDINE ALLA GRADUATORIA DI CUI  
ALL'ART. 2 DELL'ACN 2018 PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

In esecuzione alla delibera n. 908 del 09.12.2021 si invitano i medici che intendono partecipare all'anzidetto Avviso Pubblico ad inoltrare all'ATS Montagna regolare domanda in carta libera.

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Gli aspiranti all'incarico dovranno:

- essere laureati in Medicina e Chirurgia
- essere abilitati all'esercizio della professione
- essere iscritti all'Ordine dei Medici

E' consentita la partecipazione alla graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori o di sostituzione di Pediatra di Famiglia a:

- pediatri iscritti in graduatoria regionale anno 2022;
- medici che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti;
- medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Le domande dei medici interessati, redatte secondo il modello allegato e corredate da copia di documento di identità in corso di validità, dovranno pervenire all'indirizzo [dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it](mailto:dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it) nell'arco dell'intero anno 2022.

**GRADUATORIA E CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

La graduatoria, costituita da tutte le domande pervenute nell'anno 2022, ha validità annuale e verrà utilizzata in subordine a quella prevista dall'art. 2 dell'ACN 2018 per la pediatria di famiglia.

E' elaborata, rispetto all'incarico da conferire, secondo il seguente ordine di priorità:

- a. residenza nell'ambito territoriale
- b. residenza nell'ambito territoriale limitrofo
- c. residenza in ambito ATS
- d. residenza in Regione Lombardia
- e. residenza Fuori Regione

Le domande sono graduate in base ai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale 2022
- medico in possesso della specializzazione in pediatria o titolo equipollente

**U**  
ATS DELLA MONTAGNA  
Agenzia di Tutela della Salute della Montagna  
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE  
Protocollo N. 0065693/2021 del 13/12/2021  
Firmatario: RAFFAELLO STRADONI



**Direzione Sanitaria**

**Dipartimento Cure Primarie - Struttura Assistenza Medica di Base**

- medico con abilitazione professionale  
a parità di punteggio prevarrà la minore età ed il voto di specializzazione;

L'incarico a tempo determinato è attribuito in base all'ordine di graduatoria tenuto conto del Distretto indicato dal Pediatra.

Non saranno attribuiti incarichi ai medici a cui l'Agenzia abbia irrogato sanzioni disciplinari per violazioni di natura occasionale, se non trascorso un anno, e ai pediatri a cui il Collegio Arbitrale abbia irrogato sanzioni disciplinari per violazioni di maggiore gravità, se non trascorsi due anni.

Ai fini del conferimento dell'incarico il pediatra è tenuto alla rimozione di eventuali incompatibilità di cui all'art. 17 dell'ACN 2009 per la pediatria di famiglia.

**DISPOSIZIONI VARIE**

L'ATS Montagna si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare in ogni momento il presente Avviso.

Per informazioni e chiarimenti i medici potranno rivolgersi alla Struttura Assistenza Medica di Base di Tutela della Salute della Montagna Tel. 0342 555.750 – 555.837.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dr. Raffaello Stradoni*

Il Responsabile del procedimento: Silvia Fasani

Documento Informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.



**Domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per la predisposizione della graduatoria anno 2022 dei pediatri disponibili al conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione di Pediatra di Famiglia da utilizzare in subordine alla graduatoria di cui all'art. 2 dell'ACN 2018 per la pediatria di famiglia.**

**All'Agenzia di Tutela della Salute della Montagna  
[dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it](mailto:dipartimento.cure.primarie@pec.ats-montagna.it)**

Il sottoscritto ..... n. cell....., ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a ..... il .....
2. di essere residente a ..... in via ..... n. ....
3. di essere in possesso della cittadinanza .....
4. di essere in possesso del seguente codice fiscale.....
5. di aver/non avere subito condanne penali e di non aver condanne per reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale ovvero di non essere irrogato da sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori
6. in caso di risposta affermativa al punto 5 indicare quali condanne penali .....
7. di aver/non avere riportato sanzioni, ai sensi dell'art. 30 ACN 2009 per la pediatria di famiglia
8. in caso di risposta affermativa al punto 7 indicare quali sanzioni .....
9. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data ..... presso ..... con votazione ...../110 e Lode si  no
10. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data .....presso .....
11. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... a decorrere dal ..... con n. ....
12. di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti conseguita in data ..... presso.....
13. di essere iscritto nella Graduatoria della Regione Lombardia - Pediatria - valida per l'anno 2022 si  no
14. di dare il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nella presente domanda
15. di aver preso atto degli Accordi Nazionali e Regionali vigenti per la pediatria di famiglia
16. di essere in possesso della seguente PEC obbligatoria per Legge .....
17. di voler svolgere l'attività convenzionale nel Distretto:  Valtellina Alto Lario  Valcamonica

Luogo e data

Firma

**In luogo dell'autenticazione della firma allega copia documento identità in corso di validità**