

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 7
SIENA**

Avviso pubblico per l'ammissione al corso per n. 40 posti di Idoneità all'Esercizio di Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale anno 2009.

L'Azienda U.S.L. 7 di Siena con Deliberazione del Direttore Generale n. 409 del 30/06/2009 e secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale reso esecutivo in data 23.03.2005 (art. 96) nonché dall'Accordo Regionale relativo ai medici dell'Emergenza Sanitaria recepito con Deliberazione G.R.T. n. 956 del 28/12/2006 ha istituito un Corso per il conseguimento dell'Idoneità all'Esercizio di Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale per n. 40 partecipanti.

Il Corso avrà una durata di circa 4 mesi, per un orario complessivo di n.300 ore da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.

Al Corso possono partecipare, fino a concorrenza dei posti disponibili e secondo le seguenti priorità:

1. medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nel territorio dell'Azienda U.S.L. 7 di Siena, secondo l'anzianità d'incarico;

2. medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nel territorio delle Aziende Sanitarie Locali dell'area vasta sud-est della Regione Toscana, secondo l'anzianità d'incarico;

3. medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale in ambito regionale, secondo l'anzianità d'incarico;

4. medici residenti nel territorio dell'Azienda USL7 inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale secondo l'ordine della graduatoria stessa;

5. medici non residenti inclusi nella graduatoria regionale secondo l'ordine della graduatoria stessa;

6. medici inclusi negli elenchi separati, di cui alla norma finale 5 dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per le sostituzioni nei servizi di continuità assistenziale, della provincia di Siena, attribuendo un punteggio di 0,2 per ogni mese di incarico con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda USL 7

che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione;

7. a parità di punteggio, ai sensi del comma precedente, al priorità verrà data nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea;

8. medici inclusi negli elenchi separati, di cui alla norma finale 5 dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per le sostituzioni nei servizi di continuità assistenziale, delle altre aziende sanitarie della Regione Toscana, secondo igli stessi criteri di priorità dei commi 6 e 7.

I partecipanti, all'atto dell'ammissione, dovranno versare un contributo di € 1.801,81 a titolo d'iscrizione (€ 1.800,00 quota iscrizione + € 1,81 marca da bollo per fattura).

La domanda, redatta in carta libera secondo il facsimile allegato, datata e firmata, dovrà essere consegnata a mano o inviata mediante raccomandata postale con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: AZIENDA U.S.L. 7 DI SIENA Ufficio Protocollo - Via Roma n.75/77, 53100 Siena.

Le domande dovranno pervenire *entro e non oltre le ore 12 del ventesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana* (farà fede la data del timbro postale). Qualora detto giorno sia festivo il termine sarà prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

La frequenza del corso è obbligatoria. La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" verrà effettuata mediante prova scritta e orale davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale. Ai candidati che avranno superato positivamente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di "Idoneità all'Esercizio dell'Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale".

Scadenza: ore 12 giorno 4 agosto 2009.

Il Direttore Generale
Massimo Scura

SEGUE ALLEGATO

FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE**raccomandata a.r.****AL DIRETTORE GENERALE****AZIENDA U.S.L. 7 DI SIENA****c/o Ufficio Protocollo****Via Roma 75/77****53100 SIENA**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

__1__ sottoscritt__ Dott. _____
 nat__ a _____ (Prov. ____) il _____
 residente dal _____ in _____ (Prov. ____)
 Via _____ n. ____ C.A.P. _____,
 C.F. _____, Tel. _____,

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al Corso di Idoneità all'Esercizio di Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale istituito dall'Azienda U.S.L. 7 di Siena con deliberazione del Direttore Generale n. 409 del 30/06/2009 e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. ____ Parte Terza del _____ .

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art.1 del D.P.R. n.403/98, regolamento di attuazione degli artt.1, 2 e 3 della Legge n.127/97 e consapevole delle pene stabilite dagli artt.483, 495 e 496 del Codice Penale per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere medico incaricato a tempo indeterminato nei servizi di Continuità Assistenziale nell'Azienda U.S.L. n. ____ di _____ dal _____;
- di essere medico iscritto nella vigente graduatoria di Medicina Generale della Regione Toscana al n. _____;
- di essere iscritto nell'elenco per le sostituzioni nei servizi di Continuità Assistenziale nell'Azienda U.S.L. n. ____ di _____ e di avere effettuato i seguenti servizi :
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____

di non essere iscritto nella graduatoria di Medicina Generale della Regione Toscana e di aver conseguito la Laurea in

Medicina e Chirurgia in data _____ riportando il seguente voto: _____

di essere iscritt... a l corso di specializzazione _____

di essere assegnatario di dottorato di ricerca _____

di avere in corso un rapporto o contratto libero-professionale (dipendente pubblico o privato) _____

In caso di ammissione, __I__ sottoscritt __ si impegna a versare un contributo di € 1.801,81 (€ 1.800,00 iscrizione + € 1,81 marca da bollo per fattura) quale quota di iscrizione al Corso, secondo le modalità che saranno indicate dalla Segreteria Organizzativa.

Indirizzo per eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza):

DATA

FIRMA

N.B. si prega di scrivere in stampatello