



Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

via Comunale del Principe n°13/A - 80145 - Napoli - C.F. 06328131211
tel. 081-254.98.35, email: protocollogenerale@aslnapoli1centro.it, PEC: aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it

BANDO DI SELEZIONE PER N. 40 SANITARI — PER L'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' MEDICA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO.

L'ASL NA1, con delibera aziendale n. 1494 del 07/07/2026 ha stabilito l'organizzazione di un corso di formazione ai sensi del combinato disposto dell'art. 96 A.C.N. 2009 e s.m.i. e dell'art. 66 A.C.N. 04/04/24, per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale riservato a n. 40 sanitari. Gli oneri relativi all'organizzazione del corso fissati in € 18.000 (diciottomila) sono a carico dei partecipanti. I criteri di priorità per l'accesso al Corso sono i seguenti:

REQUISITI DI AMMISSIONE:

- 1) titolari di incarico per la Continuità Assistenziale presso l'ASL NA1 secondo l'anzianità di incarico;
- 2) titolari di incarico per la Continuità Assistenziale presso le AA.SS.LL. limitrofe secondo l'anzianità di incarico;
- 3) titolari di incarico per la Continuità Assistenziale presso le AA.SS.LL. della Regione Campania secondo l'anzianità di incarico;
- 4) sanitari residenti inseriti nella graduatoria regionale di Medicina Generale nell'ambito territoriale dell'ASL NA1;
- 5) sanitari inseriti nella graduatoria regionale di Medicina Generale residenti nelle AA.SS.LL. limitrofe;
- 6) sanitari non iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale, con priorità per i residenti nella ASL NA1 Centro ai sensi dall'A.C.N. vigente, Capo IV, art. 19, comma 6, lett. b).

I requisiti per l'ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando per l'invio delle domande di ammissione.

DOMANDE E TERMINI:

I partecipanti dovranno presentare domanda in carta semplice, come da allegato schema di domanda, indirizzata all'Asl NA1 Centro esclusivamente a mezzo pec: mediciconvenzionati@pec.aslna1centro.it entro e non oltre il 15° giorno successivo a quello di pubblicazione del presente atto sul BURC.

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità:

- la data e il luogo di nascita;
- il recapito preciso, completo di quello telefonico e CAP; il numero di codice fiscale;
- la data di conseguimento della laurea con votazione ed eventuale specializzazione;
- l'attuale sede di lavoro;
- il consenso al trattamento dei dati personali (D.L.vo 196/03 e G.D.P.R. 2016/679).

GRADUATORIA E AMMISSIONE AL CORSO:

Per i sanitari inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2026 va indicato il numero di posizione.

La partecipazione al corso comporta la esplicita ed incondizionata accettazione delle norme stabilite dal presente bando.

Alla domanda potrà essere allegato ogni altro documento che il partecipante, nel suo interesse, ritenga utile.

La quota di iscrizione è pari a € 450,00 come da disposizione regionale, con versamento a mezzo bonifico bancario su codice IBAN: IT 84 J 0306 90349 6100000 300030 intestato a ASL NAPOLI 1 CENTRO, ai sensi del D.D. n. 12 del 6/3/19.

La graduatoria degli idonei verrà affissa sull'Albo Pretorio ASL e gli ammessi dovranno confermare la propria partecipazione entro dieci giorni dall'inizio del corso, al fine di consentire lo scorrimento della graduatoria degli idonei per i posti resisi vacanti per rinuncia, per cancellazione, per decadenza o altri motivi.

DURATA E FREQUENZA:

Il corso è suddiviso in parte teorica (28h), esercitazioni e parte pratica (77h) e tirocinio (300h) per un monte ore totale di 405 ore.

Ogni gruppo sarà seguito da un tutor della U.O. a cui sono assegnati.

La valutazione finale di cui gli allievi saranno esaminati da apposita commissione, e così articolata:

- prova scritta consistente nella soluzione di quesiti a scelta multipla su argomenti svolti nel corso, il giudizio positivo è vincolato ad almeno il 75% di risposte esatte;
- prova pratica consistente in simulazione con utilizzo di sussidi didattici utilizzati dai discenti nelle esercitazioni / tirocinio. La prova sarà valutata tramite compilazione da parte dei docenti di skill test;
- colloquio consistente in un approfondimento degli argomenti trattati nella prova pratica. Ai medici abilitati verrà rilasciato un certificato di idoneità.

La frequenza del corso è obbligatoria. Un numero di assenze superiore a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso. E' richiesto, ai fini dell'ammissione alla valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate, prevedendo il limite massimo di 30 ore di assenze complessive di tirocinio pratico oltre le quali vi è l'esclusione dal corso.

COPERTURA ASSICURATIVA:

Le assenze giustificabili non possono superare il 10% delle lezioni. 11 superamento del monte ore di assenza comporta l'esclusione dal corso.

I medici in formazione debbono essere coperti da polizza assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività della formazione e dotati dei DPI previsti dalla L. 81/08 e s.m.i..

La relativa polizza assicurativa è garantita dall'ASL organizzatrice.

COMUNICAZIONI:

Per eventuali chiarimenti gli aspiranti potranno rivolgersi tutti i giorni, escluso il sabato, dalle ore 9,00 alle ore 15,00 alla U.O.C. COT-I 18 Attività Territoriali, tel. 081/18775356-5494.

NOTE:

Ai sensi del D.L.vo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento delle procedure di ammissione e successiva gestione del Corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale. Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso art.

13 del Regolamento GDPR UE2016/679, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatto comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure di ammissione e gestione del corso, ai sensi delle disposizioni normative vigenti. Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'ASL NA I Centro. Il Responsabile del trattamento è il Direttore U.O.C. COT-118 Attività Territoriali.

**IL DIRETTORE U.O.C. COT-118 ATTIVITA' TERRITORIALI
Dott. Giuseppe GALANO**

ALLEGATO – FAC SIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Asl Napoli 1 Centro
U.O.C. COT – 118 Attività Territoriali**Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza Sanitaria Territoriale 118 dell'Asl Napoli 1 Centro, anno 2026.**

Il /La sottoscritto/a ai sensi del D.L.vo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro, su quanto dichiarato nella presente, presa visione del bando pubblicato sul BURC n. _____ del _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla selezione per la formazione delle apposite graduatorie per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'Attività Medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 dell'Asl Napoli 1 Centro, anno 2026.

A tale fine dichiara:

- a) di essere nato/a _____, il _____ cod. Fiscale: _____;
- b) di risiedere nel comune di _____, cap _____, in Via _____ n. _____ - Tel: _____; PEC: _____;
- c) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, con voto _____ presso l'Università di _____;
- d) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- e) di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____ dal _____;
- f) di essere iscritto/a al corso di Medicina Generale dal _____;
- g) di essere medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):
 - incaricato a tempo indeterminato nel servizio di continuità Assistenziale presso la ASL _____ dal _____;
 - Iscritto nella graduatoria Regionale vigente di MG, posizione n. _____ punti _____;

- Titolare di incarico provvisorio presso la ASL di _____ nel servizio Emergenza Sanitaria Territoriale dal _____ a tutt'oggi;
- Non inserito nella graduatoria regionale concorrente per l'inserimento nell'elenco previsto dal Capo IV, art. 19, comma 6, lett. b), avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale in data _____;
- Non inserito nella graduatoria Regionale, concorrente per l'inclusione nell'elenco previsto dal Capo IV, art. 19, comma 6, lett. d) acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data 31/12/1994;
- h) di detenere/non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto _____;
- i) di trovarsi/non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 21 dell'ACN vigente;
- j) di non aver riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- k) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.L.vo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali"; per le finalità connesse alla presente procedura;
- l) di accertare tutto quanto previsto dal bando di indizione;
- m) di essere consapevole che le informazioni attinenti al presente bando si avranno per conosciute con la semplice pubblicazione sul sito aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro
- n) di essere consapevoli che le comunicazioni inerenti la presente procedura saranno effettuate esclusivamente a mezzo PEC di cui ciascun candidato deve essere titolare;

Si allega alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. vigente e dall'A.I.R. Campania 2025 che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, dei quali ha integrale conoscenza.

Data _____

Firma _____