AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 Centro – Via Comunale del Principe 13/a – 80145 Napoli – CF Partita IVA 0632813211 – t*el. 081-254.44.03, email protocollogenerale@aslnapoli1centro.it, PEC aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it*

BANDO DI ACCESSO AL CORSO DI FORMAZIONE PER L'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' MEDICHE DI EMERGENZA TERRITORIALE

E'indetto Avviso Pubblico per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica emergenza sanitaria territoriale 118.

L'Asl Napoli 1Centro in ossequio a quanto previsto dal Decreto Dirigenziale n.12/2019 della Regione Campania pubblicato sul Burc. n 13 dell'11 /03/2019, indice Avviso Pubblico un Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività territoriale /118.
Possono presentare domanda di ammissione al corso i medici, in possesso della Cittadinanza Italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, aventi i seguenti requisiti:
1)possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
2) iscrizione alla data di scadenza dell'avviso, all'Albo Professionale;
3)appartenenza alle seguenti categorie, secondo l'ordine di precedenza definito dal citato art.96 dell'A.C.N.:
a) medici incaricati nel servizio di Continuità Assistenziale, residenti nell' ambito dell' A.S.L Napoli 1 Centro, incaricati a tempo indeterminato secondo l'anzianità di incarico;
b) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale, residenti nelle AA.SS.LL Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, secondo l'anzianità di incarico;
c) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale residenti nelle restanti AA.SS.LL della Regione Campania, secondo l'anzianità di incarico;
d) medici residenti nell'ambito nell'A.S.L. Napoli 1 Centro, secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria Regionale in vigore (Burc n 87 del 26/11/2018)
e) medici residenti nelle altre AA.SS.LL della Regione, secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria Regionale in vigore;
f) medici non iscritti nella graduatoria Regionale di medicina generale, con esclusione dei medici iscritti al Corso di Formazione specifica in medicina Generale e le scuole di specializzazione universitaria, residenti nell' ASL Napoli 1 Centro ordinati secondo le ulteriori priorità indicate dalla Norma Transitoria n.4 e dalla Norma Finale n.5 dell'A.C.N.2009;
g) medici non iscritti nella graduatoria Regionale di medicina generale con esclusione dei medici iscritti al Corso di Formazione specifica in medicina Generale e le scuole di specializzazione universitarie, residenti nelle

fonte: http://burc.regione.campania.it

restanti ASL della Regione, ordinati secondo le ulteriori priorità indicate dalla Norma Transitoria n.4 e dalla Norma Finale n.5 dell'A.C.N. 2009 ;
4) le domande dovranno pervenire esclusivamente all'indirizzo pec: cot118@pec.aslna1centro.it entro le h 12:00 del quindicesimo giorn,o dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
5)la Commissione per la valutazione dei Titoli di ammissione, come costituita con delibera 640 del 14/06/2019, valuterà le istanze pervenute e procederà alla formulazione della relativa graduatoria;
6)la graduatoria degli idonei e ogni altra comunicazione inerente il presente bando, sarà pubblicata sull'Albo Pretorio e sul Portale dell'ASL Napoli1 Centro;
7) gli ammessi dovranno confermare la propria partecipazione entro la data stabilita dalla determina di approvazione della graduatoria degli ammessi;
8)l'Azienda si riserva di procedere allo scorrimento della graduatoria degli idonei per i posti, che si renderanno vacanti per rinuncia ovvero per cancellazione, decadenza o altri motivi;
9)al corso saranno ammessi n.40 medici graduati secondo le priorità di cui alla lettera C;
10) per l'attivazione del corso dovranno risultare iscritti almeno 20 medici;
11) la quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLSD, PBLSD, ALS, ecc) è pari ad € 450.00; l'importo dovrà essere versato a mezzo bonifico bancario sull'IBAN IT84J0306903496100000300030 con causale " Corso di Formazione per l'idoneità emergenza territoriale/118";
12) la frequenza al corso è obbligatoria;
13) un numero di assenze superiore a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso; è richiesto ai fini della valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate, prevedendo un limite massimo di assenze complessive di tirocinio pratico non superiore a trenta ore oltre le quali vi sarà l'automatica esclusione dal Corso;
14) l'ASL garantisce la copertura assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di Formazione; provvederà a dotare i partecipanti dei D.P.I. previsti dal DLgs n 81/08 e successive modifiche ed integrazioni.
Per tutto quanto non previsto dal presente Avviso si fa riferimento a quanto stabilito dal D. D. n. 12/2019 della Regione Campania.

IL DIRETTORE
U.O.C. COT 118 Attività Territoriali
Dott. Giuseppe Galano

al lavoro per garantire salute

fonte: http://burc.regione.campania.it

Alla A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

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 della ASL NAPOLI 1 CENTRO anno 2019.

- Il/La sottoscritto/a ai sensi degli artt.46,47 e 76 del D.P.R.28.12.2000 n.445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro su quanto dichiarato nella presente, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.C. n.13 del 11/03/2019.

Chiede

di essere ammesso/a al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della Asl Napoli 1 Centro

A tal fine dichiara:

a) di essere nato/a a _____il_____C.F_____
b) di risiedere nel comune di_____CAP._____

in Via/P.za
_____n._____cell._____

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 medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):

- o incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale presso ASL _____dal_____
- o iscritto nella graduatoria regionale vigente di M.G., Burc n. 87 del 26/11/18 posizione n._____punti_____
- o non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n.4 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data _____;

fonte: http://burc.regione.campania.it

- non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n.5 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data 31.12.1994;

f) di non frequentare il corso di formazione in medicina generale;
g) di non frequentare alcuna scuola di specializzazione;
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.17 dell'A.C.N del 29.07.2009;
j) di non aver riportato provvedimenti disciplinari nè 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.Lgs 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni per le finalità connesse alla presente procedura;
l) di accettare 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 ASL Napoli 1 Centro;
n) di essere consapevole che le comunicazioni inerenti la presente procedura saranno effettuate esclusivamente tramite PEC.

(*) cancellare l'addizione che non interessa.

Allego 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.2009 e dagli accordi Integrativi Regionali che disciplinano i rapporti con i medici di Medicina Generale, dei quali ha integrale conoscenza

Data_____ firma_____

fonte: http://burc.regione.campania.it