

**AVVISO DI MOBILITA' INTERNA ALLA ASL DI FROSINONE RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELLE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In esecuzione dell'art. 64, comma 5 dell'ACN 29/7/2009, delle deliberazioni programmatiche della ASL di Frosinone n°1517 del 22/9/2017, n° 1950 del 25/10/2019 e della nota della Regione Lazio del 14/01/1999, n°454, è indetto un **Avviso di Mobilità interna** per il trasferimento nelle sedi ove insistono gli **incarichi vacanti rilevati nel periodo dal 1°/3/2019 al 30/9/2019 riservato ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno 12 mesi nella sede di prima assegnazione nel servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL.**

A tal fine si comunica che le sedi disponibili per gli incarichi vacanti a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale di 24 ore settimanali, ai sensi dell'art. 63 dell'ACN 2009 così come modificato dall'art. 6 dell'ACN 21/6/2018, sono n° 07 (sette) e precisamente:

Incarichi vacanti	Postazione	Distretto	Titolare cessato/trasferito precedente mobilità
n° 1	FIUGGI	Distretto A	Dr.ssa Moscariello Marilena
n° 1	FERENTINO	Distretto B	Dr. De Santis Domenico
n° 1	CEPRANO	Distretto B	Dr.ssa Vecchio Carla
n° 1	CEPRANO	Distretto B	Dr.ssa Pardi Elisa
n° 1	FROSINONE	Distretto B	Dr Gallo Eugenio
n° 1	FROSINONE	Distretto B	Dr.ssa Carducci Paola
n° 1	SORA	Distretto C	Dr.ssa Violi Enrica
N° 7			

**REQUISITI di partecipazione: essere titolare di incarico a tempo indeterminato da almeno 12 mesi nella sede di prima assegnazione nel servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL. (deliberazione programmatica ASL Frosinone n° 1517/2017, n° 1950 del 25/10/2019 e nota Regione Lazio n° 454 del 14/01/1999).**

I Medici interessati devono far pervenire apposita domanda, "adeguatamente motivata" indicando nella stessa le sedi per le quali intendono concorrere tra quelle in tabella (A) e le sedi *desiderate* qualora si rendessero disponibili a seguito delle scelte accolte in prima applicazione (B); qualora ci fossero più richiedenti per la stessa postazione, i criteri di selezione per la formazione della graduatoria, formulata per ogni postazione, saranno quelli previsti dall'art. 63, comma 9, dell'ACN 2009 così come modificato dall'art. 6 dell'ACN 21/6/2018 per la Medicina generale e precisamente, in ordine di priorità:

- 1) l'anzianità di servizio a tempo indeterminato nella Continuità assistenziale della ASL di Frosinone
- 2) la minore età
- 3) il voto di laurea
- 4) l'anzianità di laurea.

I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine previsto per la presentazione delle domande di cui al presente avviso.

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato al presente avviso, dovrà essere sottoscritta e corredata da copia di un valido documento di riconoscimento, pena esclusione, dovrà pervenire entro le ore 12.00 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nell'Albo Aziendale - entro le ore 12.00 del giorno **23 NOVEMBRE 2019** tramite consegna a mano al protocollo generale della ASL di Frosinone Via A. Fabi nei giorni ed ore d'ufficio o tramite posta certificata all'indirizzo [medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it](mailto:medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it)  
**Non saranno prese in considerazione domande pervenute oltre il termine di scadenza suindicato.**

Alla UOSD Contratti Unici Nazionali – Specialistica è demandata l'adozione di tutti i procedimenti amministrativi necessari al completamento dell'iter procedurale per la mobilità interna.

Tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso saranno effettuate solo ed esclusivamente tramite **Posta Elettronica Certificata** (PEC) (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 28/01/2009); per l'inoltro delle comunicazioni questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile.

La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL. Per quanto non previsto nel presente avviso, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi Regionali e Aziendali vigenti in materia. La ASL si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso. Gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, i recapiti telefonici, il proprio indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) la propria sede di servizio, nonché l'anzianità di servizio presso questa ASL, il voto e la data di laurea, la postazione oggetto della richiesta di mobilità

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta esclusivamente come da facsimile allegato al presente avviso; la domanda carente dei dati richiesti dal presente avviso **sarà esclusa**.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla UOSD Contratti Unici Nazionali-Specialistica - Via A. Fabi - palazzina G - Frosinone - Tel 0775/882 2100-2243-2244-

**Il Direttore Generale**  
(Dr. Stefano LORUSSO)

*du*

PEC [medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it](mailto:medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it)

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'Avviso di Mobilità Interna per il trasferimento di sede da parte dei medici titolari di incarico in convenzione a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL di Frosinone, per gli incarichi resisi vacanti dal 1°/3/2019 al 30/9/2019, ai sensi dell'art. 63 dell'ACN 2009, così come modificato dall'art. 6 dell'ACN 21/6/2018, dell'art. 64 ACN 2009, delle deliberazioni programmatiche della ASL di Frosinone n°1517 del 22/9/2017, n° 1950 del 25/10/2019 e della *nota Regione Lazio n° 454 del 14/01/1999*

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

titolare di incarico in convenzione a tempo indeterminato da almeno 12 mesi nella sede

\_\_\_\_\_ di prima assegnazione nel servizio di Continuità

Assistenziale di questa ASL, dal \_\_\_\_\_ - Distretto \_\_\_\_\_;

a) attualmente in servizio presso la sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

b) attualmente con distacco presso la sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

presa visione dell'Avviso pubblicato nel sito della ASL di Frosinone, datato \_\_\_\_\_,

con scadenza alle ore 12.00 del \_\_\_\_\_,

**chiede il trasferimento per mobilità interna**

presso le sedi relative ai turni vacanti a tempo indeterminato di 24 ore settimanali di Continuità Assistenziale di cui al predetto Avviso e precisamente nell'ordine di priorità (**tabella A**) :

ORDINE DI PRIORITA' (numerazione)	Incarichi vacanti	Postazione (A)	Distretto
	un posto	FIUGGI	Distretto A
	un posto	FERENTINO	Distretto B
	un posto	CEPRANO	Distretto B
	un posto	CEPRANO	Distretto B
	un posto	FROSINONE	Distretto B
	un posto	FROSINONE	Distretto B
	un posto	SORA	Distretto C
	n° 7 posti		

per le seguenti motivazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2<sup>a</sup> opzione (B)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_,

chiede il trasferimento per mobilità interna

presso le sedi sotto indicate, qualora si rendessero disponibili a seguito delle opzioni di mobilità interna accolte in prima istanza (Tabella A) e nel seguente ordine di priorità:

- 1<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
2<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
3<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
4<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
5<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
6<sup>a</sup> sede \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

per le seguenti motivazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A tal fine formula la presente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n° 445)

Il/la sottoscritt       **Dott.** \_\_\_\_\_'

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:																	
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

diploma di laurea in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

abilitazione in data \_\_\_\_\_ iscrizione Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Codice ENPAM \_\_\_\_\_

**Titolare di incarico a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale ASL Frosinone dal \_\_\_\_\_**

- attualmente in servizio presso la sede di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Titolare di altro rapporto convenzionale, per l'attività di \_\_\_\_\_

presso l'ASL di \_\_\_\_\_ dalla data \_\_\_\_\_ con impegno orario settimanale di n° \_\_\_\_\_/ore

oppure con assistiti n° \_\_\_\_\_

**Dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'ACN del 29/7/2009**

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione, la fotocopia datata e firmata del

- Documento Identità     Patente     Passaporto

N° \_\_\_\_\_ data scadenza \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia effettuata esclusivamente al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

\_\_\_\_\_  
Scrivere rigorosamente in stampatello

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare, senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/7/2009 e s.m. e i., che disciplina i rapporti con i medici di Medicina Generale; dall'Air n° 229/2006 e dagli atti deliberativi adottati in merito dalla ASL di Frosinone e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

Data.....

Firma per esteso .....

