

Ai Medici iscritti nella Graduatoria aziendale MMG vigente

OGGETTO: Richiesta di disponibilità per incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), ai sensi degli artt. 36 e 37 ACN 04/04/2024.

Questa Azienda deve provvedere all'assegnazione degli incarichi di sostituzione/ a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) specificati nel prospetto allegato.

L'incarico di sostituzione/ a tempo determinato può essere attribuito **solo ai Medici che non si trovino in situazioni di incompatibilità**, ai sensi della vigente normativa di categoria.

L'incarico verrà assegnato secondo l'ordine della graduatoria aziendale MMG vigente, valevole per l'anno 2025, approvata con Deliberazione n. 91 del 05/02/2025.

Preso atto che ai sensi dell'art.19 comma 6 del vigente ACN, deve procedersi "...al conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.
- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione

Si conviene che, in caso di necessità, l'Azienda si riserva la facoltà di conferire incarichi a tempo determinato, anche utilizzando i medici di cui alla lett. d) ed e).

La durata degli incarichi potrà variare in base alla posizione in graduatoria aziendale:

-12 mesi per coloro che sono iscritti nella Graduatoria Regionale;

-6 mesi per coloro che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale ed altresì ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



-3 mesi per i medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994 ed ai medici iscritti ai corsi di specializzazione.

L'accettazione dell'incarico a tempo determinato vincola il medico, in caso di dimissioni, a rispettare il termine di preavviso di 60 giorni (art. 24, comma 1, lett. a) ACN vigente). La mancata osservanza del termine di preavviso comporterà il mancato interpello, del medico inosservante, per il periodo di successivi 6 mesi.

Le SS.LL. sono, pertanto, invitate a comunicare la propria disponibilità tramite il modello allegato, da restituire sottoscritto e corredata dai documenti richiesti (All. L / autocertificazione informativa + copia documento di riconoscimento in corso di validità con apposta data e firma) **entro le ore 24:00 del 09.11.2025 con PEC**, all'indirizzo : **medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it**

Cordiali saluti

IL RESPONSABILE
UOSD MEDICINA CONVENZIONATA/RA
DOTT.SSA AURELIA DE CICCO

ASL Frosinone
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

1. +39 0775.8821
www.asl.it
p.ha 01836690609

ausl_fr (MED_CON_RET_ASS) - Cod.Reg. RGP-2025 -
Prot.N. 00075197 - 03/11/2025 17:12:51 - USCITA
3-2025-75197
sha-256: 6a6bc6dc366d02cd9d6ab24cdad8ef170c38df5211fad574a162c122bc516000



Da compilare a cura del Medico
ed inviare con PEC all 'indirizzo
medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it

**Al Responsabile UOSD
Medicina Convenzionata/RA**

OGGETTO: Disponibilità all'incarico a tempo determinato di Continuità Assistenziale Postazione di:

Il/la Sottoscritto/a Dott. _____

Nato il ___/___/___ a _____ ()

Comune di residenza _____ (Prov. _____) in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail. _____

PEC _____

DICHIARA la propria disponibilità all'assegnazione, ai sensi degli artt. 36 e 37 dell'ACN 04.04.2024 del/degli incarico/chi di sostituzione / a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) riportati nel prospetto delle sedi vacanti in allegato (indicare con numerazione progressiva l'ordine di priorità delle sedi scelte):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Distretto "A"
Contrassegnati Numero lettera _____ |
| <input type="checkbox"/> Distretto "B"
Contrassegnati Numero lettera _____ |
| <input type="checkbox"/> Distretto "C"
Contrassegnati Numero lettera _____ |
| <input type="checkbox"/> Distretto "D"
Contrassegnati Numero lettera _____ |
| <input type="checkbox"/> Istituti Penitenziari
Contrassegnati Numero lettera _____ |

DICHIARA inoltre di non essere incompatibile all'incarico.

Allega alla presente l'autocertificazione informativa (Al1.1) e la copia di un documento valido d'identità datato e firmato.

Data

Firma

