



**REGIONE CALABRIA  
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE  
SETTORE 1 - PERSONALE E PROFESSIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
E SISTEMA UNIVERSITARIO – FORMAZIONE ECM – MEDICINA CONVENZIONATA –  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

---

*Assunto il 24/06/2025*

*Numero Registro Dipartimento 1121*

=====

**DECRETO DIRIGENZIALE**

**“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”**

**N°. 9134 DEL 24/06/2025**

**Oggetto:** ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (MMG) del  
04/04/2024, art. 63 - Pubblicazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale  
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia anno 2025.

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

**IL DIRIGENTE GENERALE****VISTI**

- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii., recante norme sul procedimento amministrativo;
- la Legge regionale 13 maggio 1996, n.7, recante “Norme sull’ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla dirigenza regionale”;
- il D. L.gs. n. 118/2011, contenente disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro Organismi;
- il D.P.G.R. n. 354 del 24 giugno 1999 concernente la separazione dell’attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella gestionale, modificato con D.P.G.R. 206 del 15 dicembre 2000;
- la D.G.R. n. 665 del 14 dicembre 2022, avente ad oggetto: “Misure per garantire la funzionalità della struttura organizzativa della Giunta Regionale - Approvazione Regolamento di riorganizzazione delle strutture della Giunta Regionale. Abrogazione regolamento regionale 20 aprile 2022, n. 3 e ss.mm.ii.”;
- la L. R. 1° dicembre 2022, n. 42, recante “Riordino del sistema dei controlli interni e istituzione dell’Organismo regionale per i controlli di legalità”;
- la D.G.R. del 12 gennaio 2023, n. 3, recante “Regolamento delle procedure di controllo interno in attuazione dell’articolo 4, comma 7 e dell’articolo 9 della legge regionale 1 dicembre 2022, n. 42 (Riordino del sistema di controlli interni e istituzione dell’Organismo regionale per i controlli di legalità)”;
- la D.G.R. n. 113 del 25 marzo 2025 “Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027”;
- la Circolare prot. n. 765486 del 05/12/2024 ad oggetto: D.G.R. n. 536 del 19.10.2024 “Approvazione Piano dei controlli di regolarità amministrativa in fase successiva – Anno 2025”. Disposizioni operative;
- D.G.R. n. 572 del 24 ottobre 2024 recante “Misure per garantire la funzionalità della struttura organizzativa della Giunta Regionale – approvazione modifiche del regolamento Regionale n. 12/2022 e s.m.i.”;
- regolamento regionale n. 11 del 24 ottobre 2024 recante "modifica del regolamento di organizzazione delle strutture della Giunta regionale n. 12/2022 e s.m.i.";
- D.G.R. n. 572 del 24 ottobre 2024 e successivo D.P.G.R. n. 69 del 24 ottobre 2024 con cui è stato conferito al Dott. Tommaso CALABRO' - Dirigente di ruolo della Giunta della Regione Calabria - l’incarico di Dirigente generale ad interim del Dipartimento “Salute e Welfare” nelle more dell’espletamento delle procedure di legge per l’individuazione del Dirigente titolare, per la durata, ai sensi dell’art. 10 del RR n. 11/2021 e s.m.i, di anni uno, salva l’estinzione anticipata per effetto della nomina del titolare;
- la nota prot. n. 79847 del 06/02/2025, con la quale veniva conferito al funzionario Caterina Tavano l’incarico di Responsabile del Procedimento;

**VISTI, ALTRESI’,**

- l’art. 63 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04.04.2024, che stabilisce le procedure, i requisiti, i termini di presentazione delle domande per la partecipazione e le modalità per la successiva formazione delle graduatorie utili all’assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- il co. 1 dell’art. 63 del medesimo Accordo Collettivo Nazionale il quale stabilisce che *“L’Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura”*;
- l’art. 19, comma 1, dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale il quale stabilisce, tra l’altro, che *“i medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall’Assessorato alla Sanità”*;
- la nota regionale n.95670/2025, con la quale l’U.O\_1.6 -Medicina convenzionata - Continuità assistenziale, del Dipartimento Salute e Welfare, ha chiesto al Direttore Regionale del Dipartimento Emergenza - Urgenza ed alle rispettive ASP di ottemperare a quanto disposto dal sopramenzionato Accordo con riferimento alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura del fabbisogno assistenziale e relativa predisposizione dell’elenco degli incarichi vacanti;
- con D.D.S. n.19120 del 23 dicembre 2024, pubblicato nel BURC n. 270 del 30 dicembre 2024, è stata approvata graduatoria regionale definitiva per il convenzionamento valevole per l’anno 2025;

**CONSIDERATO CHE** con D.D.S. n.8438 del 12 giugno 2025, pubblicato nel BURC n. 115 del 13 giugno 2025, sono stati pubblicati nel rispetto dell’art.63 del vigente Accordo gli incarichi vacanti per l’emergenza sanitaria territoriale individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Crotone, Catanzaro e Reggio Calabria relative all’anno 2025, di cui alle deliberazioni, agli atti dell’U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare e riportati nell’Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

**PRESO ATTO** con pec del 23 giugno u.s. l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia ha richiesto con deliberazione n. 237 del 12 giugno 2025 la pubblicazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per l'anno 2025;

**DATO ATTO CHE** l'Avviso, allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riporta l'indicazione dettagliata degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria, richiesti dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, per cui si procede alla pubblicazione, i requisiti e criteri di graduazione nonché la modulistica che i professionisti interessati dovranno utilizzare, i termini e le modalità per la presentazione della domanda di partecipazione;

**PRECISATO CHE**

- all' U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare è stata affidata la procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale per come stabilito nell'allegato Avviso, parte integrante del presente provvedimento;
- i medici aspiranti al conferimento degli incarichi ai sensi del co. 4 dell'art. 63 del vigente A.C.N., dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come stabilito nell'allegato Avviso (Allegato A), parte integrante del presente provvedimento;
- l'U.O\_1.6 -Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, provvederà con successivo decreto alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti emergenza sanitaria territoriale con riferimento all'anno 2025;
- sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;
- l'U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale provvederà con successivo Avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei candidati aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso minimo di 15 (quindici) giorni,
- al medico assegnatario di un incarico in emergenza sanitaria territoriale, all'atto del conferimento del medesimo da parte dell'ASP di competenza, non dovrà trovarsi nelle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21, co. 1, del sopramenzionato A.C.N.

**CONSIDERATO CHE** occorre, pertanto, procedere alla pubblicazione dettagliata degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per come richiesto dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, di cui alla deliberazione, agli atti della struttura regionale competente, riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

**SI ATTESTA** che il presente provvedimento non comporta oneri sul Bilancio Regionale in quanto trattasi di attivazione di procedura per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per come individuati dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia nel rispetto dell'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento;

**SU PROPOSTA** della Responsabile del Procedimento, individuata con nota prot. n. 79847 del 06/02/2025, che attesta la regolarità amministrativa-contabile nonché la legittimità e la correttezza del presente atto

**DECRETA**

Per le motivazioni espresse in premessa, e che qui si intendono integralmente riportate:

**DI DISPORRE** la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per come richiesto dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia di cui alla deliberazione, agli atti della struttura regionale competente, riferite al 2025, riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

**DI APPROVARE** l'Avviso allegato al presente Decreto quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, contenente l'indicazione dettagliata degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per come richiesto dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia con deliberazione agli atti della struttura regionale competente;

**DI PRECISARE CHE**

- all' U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare è stata affidata la procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti emergenza sanitaria

territoriale riferite all'anno 2025, per come stabilito nell' allegato Avviso, parte integrante del presente provvedimento;

- i medici aspiranti al conferimento degli incarichi ai sensi del co. 4 dell'art. 63 del vigente A.C.N., dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come stabilito nell'allegato Avviso (Allegato A), parte integrante del presente provvedimento;
- l'U.O\_1.6 -Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, provvederà con successivo decreto alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti emergenza sanitaria territoriale;
- sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;
- l'U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale provvederà con successivo Avviso a comunicare la data e la sede di convocazione dei candidati aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso minimo di 15 (quindici) giorni;
- al medico assegnatario di un incarico in emergenza sanitaria territoriale, all'atto del conferimento del medesimo da parte dell'ASP di competenza, non dovrà trovarsi nelle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21, co. 1, del sopramenzionato A.C.N.;

**DI ATTESTARE** che il presente provvedimento non comporta oneri sul Bilancio Regionale in quanto trattasi di attivazione procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale, riferite al 2025, per come stabilito nell' allegato Avviso (Allegato A), parte integrante del presente provvedimento;

**DI PROVVEDERE** alla pubblicazione del provvedimento sul BURC, ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679;

**DI PROVVEDERE** alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n.11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

**DI TRASMETTERE** il presente atto alle Direzioni Generali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia nonché agli Ordini dei Medici e Odontoiatri della Regione Calabria affinché ne diano adeguata visibilità;

**AVVERSO** il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120.

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

**Caterina Tavano**  
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente Generale

**Tommaso Calabrò**  
(con firma digitale)



**REGIONE CALABRIA**  
**Dipartimento Salute e Welfare**  
*Settore n. 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario – Formazione - ECM,  
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale*

# ALLEGATO A

**AVVISO ANNO 2025.**  
**PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**INDIVIDUATI DALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA**

In attuazione di quanto sancito dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 04 aprile 2024, la struttura regionale l'U.O. 1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale afferente al Settore 1 del Dipartimento Salute e Welfare con nota regionale n.95670/2025, ha chiesto al Direttore Regionale del Dipartimento Emergenza - Urgenza di individuare gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale ai fini della successiva copertura degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro, Crotone e Reggio Calabria riferite alla data del 01 marzo 2025.

In riscontro alla nota regionale sopramenzionata si è provveduto con decreto 8438 del 12 giugno 2025 alla pubblicazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale richieste dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Crotone, Catanzaro e Reggio Calabria.

Preso atto che con pec del 23 giugno u.s. l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia ha richiesto con deliberazione n. 237 del 12 giugno 2025 la pubblicazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per l'anno 2025 occorre procedere alla pubblicazione per come disposto nel presente avviso e per come riportati nelle TABELLA A) di seguito riportate e parte integrante e sostanziale del presente atto.

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA DELIBERA N. 237 DEL 12 GIUGNO 2025 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE                                    | INCARICHI VACANTI |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di SERRA SAN BRUNO                            | 3                 |
| n.38 ore settimanali presso la PET di SORIANO CALABRO                             | 2                 |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO VALENTIA;                             | 4                 |
| n. 38 ore settimanali presso PET di Tropea;                                       | 3                 |
| TOTALE                                                                            | 12                |

**REQUISITI, TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

1. In ottemperanza a quanto stabilito dall'art.63 del vigente Accordo le Aziende alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno procedano alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichivacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.
2. In riscontro alla nota regionale n.95670/2025, le Aziende alla data del 01 marzo 2025 hanno individuato gli ambiti carenti dell'emergenza e trasmesso alla struttura regionale U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare Regione, per la successiva pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. L' U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale con il presente atto pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.
4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente avviso, inoltrano all'U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it**, da una casella di Posta Elettronica Certificata di cui il candidato sia il titolare, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati riferite ad un'unica Azienda Sanitaria.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici **in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale**, rilasciato dalle Aziende.
6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
  - a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
  - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva per il convenzionamento valevole per l'anno 2025 (valida per l'anno in corso), approvata con D.D.S. n.19120 del 23 dicembre 2024, pubblicato nel BURC n. 270 del 30 dicembre 2024;
  - c) i 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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
  - d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
  - e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;
  - f) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.
  - g) in caso di mancata assegnazione di incarichi ai medici ai sensi dell'art. 63, comma 6, lettere a), b), c), d), e) e f) ACN MMG possono concorrere, al conferimento degli incarichi vacanti i medici in possesso dei requisiti previsti **dall'articolo 1, co. 272 e 273 L. 30/12/2021, n. 234**, di cui si riportano integralmente i rispettivi **commi. 272 e 273**;  
  
- **Co.272.** Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il personale medico in servizio presso le strutture del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore della presente legge ha maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, può accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinate al servizio di emergenza-urgenza 118 anche senza il possesso del diploma attestante la formazione specifica in medicina generale. A determinare il requisito di anzianità lavorativa di cui al precedente periodo concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato.



- **Co. 273.** Il personale medico di cui al comma 272 accede alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinate al servizio di emergenza-urgenza 118 in via subordinata rispetto al personale medico iscritto in graduatoria regionale e in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale. Le procedure di assegnazione degli incarichi ai medici, di cui al periodo precedente, avvengono in una fase immediatamente successiva alla conclusione dell'assegnazione delle zone carenti agli aventi diritto. Nei casi di cui al presente comma è comunque requisito essenziale il possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale.

Stante quanto sopra si precisa che possono partecipare:

- i medici che siano in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente Accordo;
- siano privi del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17/08/1999, n. 368 e ss.mm.ii.;
- risultino in servizio, alla data di presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso, presso le strutture del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118, titolari di incarico convenzionale di emergenza sanitaria territoriale a tempo determinato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG;
- abbiano maturato alla data dell'01/01/2022 (data di entrata in vigore della citata legge n. 234/2021) un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi determinata da periodi di attività, anche non continuativi, effettuati nei dieci anni antecedenti la suddetta data, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG. L'anzianità di servizio di cui sopra è determinata, alla data del 01/01/2022, sommando i periodi di incarico in regime di convenzione a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale, anche non continuativi, effettuati a decorrere dal 01/01/2012. I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo determinato, come sopra calcolata, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, co. 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024. In caso di pari anzianità di servizio, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

7. I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

8. I medici di cui al punto 6, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, del vigente Accordo. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

9). I medici di cui al punto 6, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, del vigente Accordo, approvata con D.D.S. n.19120 del 23 dicembre 2024, pubblicato nel BURC n. 270 del 30 dicembre 2024;;
- b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico (**la data di riferimento è il 31/01/2022**).

10). I medici di cui al comma 6, lettere c) e d) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

11) I medici di cui al comma 6, lettere e) ed f) sono graduati, nel rispetto:

- annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima):

- data di effettivo inizio dello stesso.
  - In caso di pari anzianità sono graduati:
  - la minore età al conseguimento del diploma di laurea
  - il voto di laurea
  - l'anzianità di laurea.
- 12) L'U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale formulerà le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
- 13) L'U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale interpellerà i medici di cui al punto 6:
- i medici di cui alla lettera a),
  - i medici di cui alla lettera b),
  - i medici di cui alla lettera c),
  - i medici di cui alla lettera d),
  - i medici di cui alla lettera e),
  - i medici di cui alla lettera f),
  - i medici di cui alla lettere g),
  - i medici di cui alle lettere c), d), e) f) e g) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.
- 14) Sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale comunicare con successivo avviso la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni che sarà pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- l'U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, provvederà con successivo decreto alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti emergenza sanitaria territoriale individuati dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia con delibera n. 237 del 12 giugno 2025;
  - sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;
- 15) Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.
- 1) La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.
- Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, entro le ore 12:00 del giorno precedente la convocazione plenaria all'indirizzo pec [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it) la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.
  - L'U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale entro le ore 09.00 del giorno fissato per la convocazione plenaria prenderà atto di eventuali comunicazioni per eventi straordinari che determineranno la mancata presenza seguite da specifiche autocertificazioni nel merito. Si precisa che l'assenza o l'invio tardivo di comunicazione con pec all'indirizzo [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it) entro il termine stabilito, costituisce rinuncia all'incarico.
- 16) Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
- 17) All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto



dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

- 18) L'U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico.
- 19) Il Direttore Generale conferisce l'incarico e a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. Il Direttore Generale integra altresì le attività orarie e a ciclo di scelta secondo quanto previsto dall'articolo 38, comma 1.

### **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

**I medici** aspiranti al conferimento degli incarichi pubblicati dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come disposto dal co.1 dell'art.34 del vigente A.C.N. e per come riportato nel presente Avviso;

La domanda di assegnazione dovrà essere inoltrata (da una casella di Posta Elettronica Certificata di cui il candidato sia il titolare), all'U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale, esclusivamente all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** utilizzando gli appositi moduli, allegati al presente avviso, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente.

- l'U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, provvederà con successivo decreto alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti emergenza sanitaria territoriale con riferimento all' anno 2025;
- sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

- con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata in formato PDF accompagnata dal documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000);
- con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione;
- Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00;
- nel caso di apposizione della marca da bollo cartacea, **l'interessato deve provvedere all'annullamento con segno di croce o altro simbolo idoneo a provocarne l'annullamento;**
- nel caso di assolvimento dell'imposta tramite modello F23 o altra modalità telematica, è richiesto l'invio dell'attestazione del pagamento unitamente alla domanda;

La domanda dovrà essere inviata, **in un unico file formato PDF completo di tutti gli allegati** esclusivamente all'indirizzo **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** e dovrà riportare nell'oggetto la dicitura:

- **ASP VIBO VALENTIA - DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ASSEGNAZIONE AMBITI CARENTI E.S.T. 2025** indicando altresì quanto di seguito specificato:
  - ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. A) - procedura di assegnazione per "trasferimento";
  - ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. B) - procedura di assegnazione "per graduatoria";
  - ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. C) - i 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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
  - ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. D) - i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
  - ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. E) - i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135

convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.

- ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. F). i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.
- ☐ ART. 63, COMMA 5, LETT. G) - In caso di mancata assegnazione di incarichi ai medici ai sensi dell'art. 63, comma 6, lettere a), b), c), d), e) e f) ACN MMG possono concorrere, al conferimento degli incarichi vacanti i medici in possesso dei requisiti previsti **dall'articolo 1, co. 272 e 273 L. 30/12/2021, n. 234**, di cui si riportano integralmente i rispettivi **commi. 272 e 273**;

- E' necessario che i medici aspiranti all'assegnazione dell'incarico, dichiarano di aver preso visione dei requisiti le condizioni previsti per ogni classificazione di partecipazione di cui al presente avviso, nonché obbligatoriamente di aver preso visione delle informative per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, di aver preso visione e di accettare le condizioni indicate nell'avviso, conformi al vigente Accordo ed alle norme e di riferimento;
- Unitamente alla domanda gli aspiranti medici devono presentare **una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta secondo lo schema di cui all'Allegato L**, con la quale dovrà dichiarare se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamento di pensione o se si trovino in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN MMG 04/04/2024.

**Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere unica domanda in formato PDF con allegati tutti documenti richiesti e di seguito elencati**

#### DOMANDA

- ☐ **Domanda**
- ☐ **Allegato L**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**

Si ribadisce che la domanda **dovrà essere obbligatoriamente inviata in un unico file formato PDF**.

Altre tipologie di formato non saranno ammesse e comporteranno l'esclusione dalla procedura.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, **farà fede l'avviso di consegnadella Posta Elettronica Certificata (PEC)**, l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata al sistema regionale. I termini per la presentazione delle domande sono perentori. La domanda (con tutti gli allegati) dovrà essere compilata correttamente e in tutte le sue parti. Le domande incomplete e che perverranno oltre i termini ivi previsti non saranno prese in considerazione e, pertanto, saranno annullate.

La data di pubblicazione delle graduatorie relative al presente avviso e, successivamente, le date di convocazione degli aventi titolo, saranno comunicate ai candidati mediante specifico avviso che sarà pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>

Le comunicazioni rese con le modalità di cui al precedente capoverso hanno valore di notifica e nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata a mezzo PEC relativamente all'espletamento delle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti. In particolare, **la convocazione plenaria con l'assegnazione di tutte le ASP regionali e sarà pubblicata con avviso sul sito Regionale e costituisce convocazione ufficiale dei medici ai fini dell'assegnazione degli incarichi e sostituisce a tutti gli effetti la convocazione tramite PEC.**

#### **Procedure di assegnazione: modalità di interpello e di conferimento degli incarichi da parte delle Aziende**

Per l'espletamento delle procedure di assegnazione degli incarichi, l'interpello dei medici avverrà, con riferimento a ciascuna Azienda, secondo il seguente ordine:

- 1) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera a) - procedura di assegnazione per "trasferimento";
- 2) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera b) - procedura di assegnazione "per graduatoria";

- 3) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera c) - procedura di assegnazione per medici “ai sensi della lettera c)”, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione;
- 4) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera d) - procedura di assegnazione per medici “ai sensi della lettera d)”, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione;
- 5) medici in formazione inseriti nella graduatoria di cui alla lettera e) - procedura di assegnazione per medici “ai sensi della lettera e)”, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione;
- 6) medici in formazione inseriti nella graduatoria di cui alla lettera f) - procedura di assegnazione per medici “ai sensi della lettera f)”, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione. terminate le procedure di conferimento ai medici iscritti nelle graduatorie di cui ai punti precedenti, qualora rimangano incarichi vacanti, ai fini della relativa assegnazione si procede con l’interpello dei:
- 7) medici inseriti nella graduatoria ai sensi della lettera g) - procedura di assegnazione per medici “ai sensi della lettera g), di cui all’art. 1, commi 272 e 273, della legge 30/12/2021, n. 234”. L’assegnazione degli incarichi ai medici presenti e ai medici che avranno trasmesso PEC di dichiarazione di disponibilità all’accettazione di incarico, avverrà secondo l’ordine di posizione nelle rispettive graduatorie aziendali, tenuto conto delle priorità che verranno espresse e nel rispetto delle clausole contrattuali e legislative di riferimento.

Al medico che ha presentato domanda di partecipazione presso più Aziende, e che risulta utilmente inserito nella graduatoria di ciascuna, all’atto dell’interpello (in presenza, o in virtù della dichiarazione di accettazione di incarico per PEC) sarà attribuito il primo incarico disponibile nel rispetto della priorità dallo stesso manifestata, compatibilmente con la posizione nella graduatoria di ciascuna Azienda.

Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare in sede di convocazione (in presenza o a distanza) di accettare l’incarico o rinunciare all’assegnazione.

Il Funzionario

F.to Caterina Tavano

Firma autografa sostitutiva a mezzo stampa, ai sensi dell’art.3, comma 2, del D.Lgs n.39.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI NELL'AMBITO PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PER LA MEDICINA GENERALE.****PREMESSA**

Con le seguenti informazioni si vuole offrire una visione chiara e trasparente dei dati personali che Regione Calabria intende raccogliere e trattare nell'ambito della pubblicazione degli ambiti carenti per la medicina generale riferiti all'anno 2025 al fine di procedere all'assegnazione degli stessi per come richiesti dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria, alla struttura regionale U.O\_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare Regione

Il trattamento di tali dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali 2016/679 (di seguito "GDPR") che trova piena applicazione in tutti gli Stati membri dell'Unione europea dal 25 maggio 2018.

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è l'ente Regione Calabria, con sede legale in Catanzaro c/o Cittadella Regionale, Viale Europa, Località Germaneto 88100, numero verde 800 84 12 89, C.F./P.IVA 02205340793.

Il delegato del Titolare al presente trattamento di dati personali, ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 29 del 1 febbraio 2021, è il Dirigente Generale del Dipartimento "Salute e Welfare", PEC [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it).

**TIPOLOGIE DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Nell'ambito del bando della pubblicazione degli ambiti carenti in medicina generale, Regione Calabria raccoglie e tratta i seguenti dati personali:

- Dati di identificazione personale (nome; cognome, codice fiscale cittadinanza)
- Dati di contatto (residenza ed eventuale domicilio, numeri telefonici; indirizzi di posta elettronica;
- Dati relativi alla richiesta di assegnazione ambito carente (ASP sede ed attività convenzionale quale MMG-PLS – EST)

Il trattamento si rende necessario per le seguenti finalità:

- finalità strettamente necessarie all'assegnazione ambiti carenti 2025.

**BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO**

I dati personali comuni raccolti sono trattati esclusivamente ai sensi: - Regolamento europeo n.679/2016 art. 6 comma 1, per le finalità della lettera e);

Le categorie particolari di dati personali raccolte sono trattate esclusivamente ai sensi: - Regolamento europeo n.679/2016 art. 9 comma 2, per le finalità della lettera g);

**MODALITÀ GENERALI DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali è realizzato su supporto sia cartaceo sia elettronico, nel rispetto dei principi di liceità e correttezza di cui all'art. 5 del GDPR e in modo tale da garantire la riservatezza e la sicurezza delle informazioni. Si specifica inoltre che il trattamento non comporta alcuna attivazione di processi decisionali automatizzati.

I dati personali sono raccolti presso l'Interessato per mezzo della domanda di partecipazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate.

Ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità di Regione Calabria a espletare il servizio richiesto.

Regione Calabria si impegna ad assicurare che le informazioni e i dati raccolti ed utilizzati siano adeguati, pertinenti e limitati, anche nel tempo di conservazione, a quanto necessario rispetto alle finalità di trattamento sopra descritte, e che i propri dati personali siano trattati in modo da garantire la sicurezza degli stessi, anche attraverso misure tecniche e organizzative adeguate ed efficaci messe in atto dal Titolare, nel rispetto del principio di Accountability (Responsabilizzazione) prescritto dal GDPR, che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione degli stessi.

**DESTINATARI DEI DATI PERSONALI Preposti al trattamento**

I dati personali raccolti sono trattati per le finalità di cui sopra:

- da personale dipendente di Regione Calabria, in prevalenza del Personale e Professioni Del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario – Formazione Ecm- Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale” del Dipartimento “Salute e Welfare”

Le persone preposte alle attività di trattamento sono previamente autorizzate e istruite in ordine alle finalità e alle relative modalità del trattamento.

Comunicazioni a terzi

I dati personali raccolti non saranno né diffusi né comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli a soggetti pubblici legittimati a richiedere tali dati.

Trasferimenti extra UE

I dati personali raccolti non saranno né diffusi né trasferiti in paesi extra UE.

#### PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati personali saranno conservati presso Regione Calabria per il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra e, comunque, per tutto il tempo necessario alla gestione della procedura nonché, successivamente, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Al termine del periodo di conservazione, tali dati saranno cancellati o trattati in forma anonima.

#### DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli Interessati (persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR).

L'apposita istanza per l'esercizio dei diritti connessi al trattamento dei dati personali, è presentata all'Ufficio Privacy di Regione Calabria, utilizzando preferibilmente la modulistica disponibile all'indirizzo <https://www.regione.calabria.it/website/responsabileprotezionedati/>, secondo le seguenti modalità:

- a mezzo posta, inviando una comunicazione con raccomandata a/r a: Regione Calabria - Dipartimento Organizzazione, Risorse Umane - Ufficio Privacy, Viale Europa - Cittadella Regionale - Località Germaneto 88100 - Catanzaro;
- a mezzo PEC, all'indirizzo [datlavprivacy.personale@pec.regione.calabria.it](mailto:datlavprivacy.personale@pec.regione.calabria.it).

In alternativa, ci si può rivolgere direttamente anche al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) di Regione Calabria o al Titolare del trattamento o suo delegato, utilizzando i recapiti riportati nelle sezioni “Responsabile della Protezione dei Dati” e “Titolare del Trattamento” della presente informativa.

L'esercizio dei propri diritti in qualità di Interessato è gratuito ai sensi dell'art. 12 del GDPR, salvo i casi di richieste manifestamente infondate o eccessive ai quali si applica il par. 5 del medesimo articolo.

Regione Calabria si impegna a fornire una risposta entro il termine di un mese dalla richiesta, estensibile fino a tre mesi in caso di particolare complessità della stessa.

#### *Diritto di reclamo*

Gli Interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato nell'ambito della presente attività, avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, ovvero, di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

#### RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (di seguito “RPD”) designato da Regione Calabria, a norma dell'art. 37, par. 1, lettera a) del GDPR è l'avv. Angela Stellato, nominata con DPGR n. 178 del 4 novembre 2021. È possibile rivolgersi al RPD per tutte le questioni relative al trattamento dei propri dati personali e per l'esercizio dei connessi diritti, nelle seguenti modalità:

- a mezzo posta, inviando una comunicazione con raccomandata a/r all'indirizzo: Regione Calabria - Cittadella Regionale - Viale Europa, Località Germaneto 88100 - Catanzaro - alla c.a. del Responsabile della Protezione dei Dati;
- a mezzo PEC, all'indirizzo [rpd@pec.regione.calabria.it](mailto:rpd@pec.regione.calabria.it).

*I dati di contatto riportati nella presente informativa sono riservati alle sole comunicazioni in materia di protezione dati personali. Per ogni altra comunicazione pertinente alla specifica attività amministrativa (entro cui è effettuato il trattamento dei propri dati personali) fare riferimento al Dipartimento/Settore di competenze*

**DOMANDE  
DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA  
TERRITORIALE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI  
VIBO  
VALENTIA 2025**

- ☐ **Domanda (con allegata la TABELLA A)**
- ☐ **Allegato L**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**



**DOMANDE DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025  
PER TRASFERIMENTO: (medici di cui alla lettera A)**

**Medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione  
che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione.**

Marca da bollo (€ 16,00 )  
da annullare con data.  
(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Salute e Welfare  
Settore 1- U.O. 1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,  
[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

Il/la sottoscritto/a. .... nato/a a .....  
Prov..... il ..... Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....  
Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....  
E-mail .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera A) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di<br>SERRA SAN BRUNO | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di<br>SORIANO CALABRO  | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di<br>VIBO VALENTIA;  | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di<br>TROPEA;            | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                    | 12                |                                       |

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;

**A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000**

**DICHIARA**

☐ 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di

- \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
- ☐ 2.di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;  
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ 3.di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ 4.di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l' Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale (somma dei punti 5 e 6) pari a mesi \_\_\_\_\_, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN MMG 04/04/2024 di seguito indicati:
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l' Azienda \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre:**

- ☐ di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso relative alla procedura di **“assegnazione per trasferimento”** degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale;
- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente

domanda;

- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

**Allega unico file formato PDF completo di:**

- **Domanda**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data .....

.....  
**(firma autenticata)\***

(\*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE ANNO 2025**

(medici di cui alla lett. B)

**PER GRADUATORIA: dell'avviso - i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

Settore 1- U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,

**avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it**

Il/la sottoscritto/a. .... nato/a a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER GRADUATORIA**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera B) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA  |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA<br>TERRITORIALE          | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di<br>SERRA SAN BRUNO  | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di SO-<br>RIANO CALABRO | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO<br>VALENTIA;   | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di Tropea;                | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                     | 12                |                                       |

**A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000**

**DICHIARA**

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;

- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;
- ☐ che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024,
- ☐ conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale della Regione Calabria di cui al Decreto approvata con D.D.S. n.19120 del 23 dicembre 2024, pubblicato nel BURC n. 270 del 30 dicembre 2024, valevole per l'anno 2025, con punti \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (i dati devono essere relativi alla residenza almeno a decorrere dal 31/01/2022, pena la non attribuzione dei punti aggiuntivi)

**A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000**

**DICHIARA ALTRESÌ**

- ☐ **di partecipare quale medico incluso nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (2025);**
- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE

---

**Allega unico file formato PDF completo di:**

- **Domanda**
- **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
  - **copia fotostatica codice fiscale.**

**Luogo e data .....**

.....

**(firma autenticata)\***

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025  
(Medici di cui alle lett. C)**

**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, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al co.4 del vigente A.C.N. (Graduatoria regionale)**

Marca da bollo (€ 16,00 )  
da annullare con data.

REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Salute e Welfare  
Settore 1- U.O. 1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,  
[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
Prov..... il ..... Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....  
Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....  
E-mail ..... per la Medicina Generale.

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera C) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12 GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                     |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di SERRA SAN BRUNO    | 3                 |                                    |
| n.38 ore settimanali presso la PET di SORIANO CALABRO     | 2                 |                                    |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO VALENTIA;     | 4                 |                                    |
| n. 38 ore settimanali presso PET di TROPEA;               | 3                 |                                    |
| TOTALE                                                    | 12                |                                    |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

- ☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con



modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;

- ☐ di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ di aver frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) relativo al triennio \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_ e di aver conseguito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale oltre **il termine utile per l'inserimento nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2025, in data \_\_\_\_\_** (allegare copia);
- ☐ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

### DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

### Allega unico file formato PDF completo di:

- **Domanda**
- **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data ..... (firma autenticata)\*

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025****(Medici di cui alle lett. D)****Medici in possesso del titolo del corso di formazione specifica in medicina generale i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera C);**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

**(non coprire il numero identificativo)**

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

Settore 1- U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,

**[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera D) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente. (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di<br>SERRA SAN BRUNO | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di<br>SORIANO CALABRO  | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO<br>VALENTIA;  | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di TROPEA;               | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                    | 12                |                                       |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

## DICHARA

- ☐ 1.di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
- ☐ 2.di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;  
che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ 3.di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ 4.di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.), conseguito il \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;  
triennio \_\_\_\_\_;  
data inizio corso \_\_\_\_\_ (data avvio corso/data per accettazione a seguito di scorrimento grad.)  
data fine corso \_\_\_\_\_;
- ☐ 6.di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- ☐ 7. di non essere inserito nella graduatoria regionale di medicina della Regione Calabria o di altra Regione;

## DICHARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ **di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale consuccessivo avviso comunicare la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>**
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

**Allega unico file formato PDF completo di:**

- **Domanda**
- **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

**Luogo e data .....**

.....

**(firma autenticata)**

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025  
(Medici di cui alle LETTERA E)- (CON BORSA)**

**Medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

Settore 1- U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,

[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....  
Prov..... il ..... Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....  
Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....  
E-mail .....

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera E) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente. (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di<br>SERRA SAN BRUNO | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di<br>SORIANO CALABRO  | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO<br>VALENTIA;  | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di TROPEA;               | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                    | 12                |                                       |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000.

**DICHIARA**

- ☐ 1.di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 o \_\_\_\_\_/100;
- ☐ 2.di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;  
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ 3.di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ 4.di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza

del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

- ☐ 5. di partecipare ai sensi della lettera E) dell'avviso: **i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, ess.mm.ii. (CON BORSA);**

- ☐ dichiara di frequentare:
- ☐ il terzo anno
- ☐ il secondo anno
- ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ istituito presso la Regione Calabria data effettiva di inizio della frequenza del corso (data avvio corso/data per accettazione a seguito di scorrimento grad);
- ☐ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

#### DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

#### Allega unico file formato PDF completo di:

- Domanda
- TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti
- Allegato L
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).
- copia fotostatica codice fiscale.

Luogo e data ..... ..

(firma autenticata)

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025**

**Medici cui alla lett. F) dell'avviso: i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30/ 2019, n. 35 convertito, convertito con L., n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione (SENZA BORSA).**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

**REGIONE CALABRIA****Dipartimento Salute e Welfare****Settore 1- U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,****[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)**

Il/la sottoscritto/a. .... nato/a a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione (SENZA BORSA).**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera F) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente. (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di<br>SERRA SAN BRUNO | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di<br>SORIANO CALABRO  | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO<br>VALENTIA;  | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di TROPEA;               | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                    | 12                |                                       |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000



## DICHARA

- ☐ 1.di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
- ☐ 2.di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;  
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ 3-di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_
- ☐ 4.di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ 5.di partecipare ai sensi della lettera F) dell'avviso: **Medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione (SENZA BORSA).**
- ☐ dichiara di frequentare:
- ☐ il terzo anno
  - ☐ il secondo anno
  - ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_ istituito presso la Regione Calabria data effettiva di inizio della frequenza del corso (data avvio corso/data per accettazione a seguito di scorrimento grad): \_\_\_\_\_
- ☐ 6.di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

## DICHARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di aver preso visione e di accettare le condizioni indicate nell'avviso per come disposto dal vigente Accordo e dalle norme di riferimento;
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa \_\_\_\_\_ unitamente \_\_\_\_\_ alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

Allega unico file formato PDF Domanda completo di:

- Domanda
- TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti
- Allegato L
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).
- copia fotostatica codice fiscale.

**Luogo e data .....**

.....

**(firma autenticata)**

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2025**  
**MEDICI CUI ALLA LETTERA G DELL'AVVISO- ART. 1, COMMI 272 E 273, DELLA LEGGE  
30/12/2021, N. 234**

Marca da bollo (€ 16,00 )

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

Settore 1- U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,

[avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

Il/la sottoscritto/a. .... nato/a a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via ..... n..... CAP .....

Tel..... Cell..... PEC (obbligatoria):.....

E-mail .....

**FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE LETTERA G**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, **comma 6, lettera G) dell'Accordo** Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, di cui al Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, pubblicato nel BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di indicare le sedi P.E.T. prescelte, di cui alla TABELLA A) allegata alla presente. (in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun incarico vacante):**

| TABELLA A- AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA |                   | DELIBERA N. 237 DEL 12<br>GIUGNO 2025 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| POSTAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE            | INCARICHI VACANTI | DISPONIBILITA'                        |
| n. 38 ore settimanali presso la PET di SERRA SAN BRUNO    | 3                 |                                       |
| n.38 ore settimanali presso la PET di SORIANO CALABRO     | 2                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso il PET di VIBO VALENTIA;     | 4                 |                                       |
| n. 38 ore settimanali presso PET di TROPEA;               | 3                 |                                       |
| TOTALE                                                    | 12                |                                       |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

- ☐ 1.di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;
- ☐ 2.di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_; che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- ☐ 3.di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal

- ☐ 4.di essere in possesso **dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza** rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- ☐ 5.di essere privo del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs 17/08/1999, n. 368 e ss.mm.ii.
- ☐ 6.di essere titolare di incarico a **tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale**, conferito ai sensi dell'art. 67 del vigente Accordo, presso l'Azienda \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di aver maturato alla data dell'1/1/2022 un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi determinata da periodi di attività, anche non continuativi, effettuati nei dieci anni antecedenti la suddetta data, (periodo dal 01/01/2012 al 01/01/2022), nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale conferito ai sensi dell'art. 67 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, di seguito indicati:
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ con un'anzianità complessiva di servizio nella emergenza sanitaria territoriale di mesi \_\_\_\_\_, **detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN 04/04/2024 di seguito indicati:**
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
- ☐ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Ai fini della determinazione dell'anzianità di servizio dovrà essere riportato al punto 7) anche il periodo di attività relativo all'incarico dichiarato al punto 6), fino alla data dell'1/1/2022.

#### DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016,allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O\_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo \_\_\_\_\_, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico emergenza sanitaria territoriale, – anno 2025, trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE \_\_\_\_\_

**Allega unico file formato PDF Domanda completo di:**

- **Domanda**
- **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

**Luogo e data .....**

**.....**

**(firma autenticata)**

(\*) Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato). **L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.**

**Allegato L  
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ indirizzo di PEC  
\_\_\_\_\_, n. tel/cell \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che,  
ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti  
falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,**

**dichiara formalmente di:**

1) ☐ essere / ☐ non essere titolare di rapporto di **lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale**, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

3) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

5) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a ☐ tempo indeterminato / ☐ a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione:

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale \_\_\_\_\_

di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

8) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato/ ☐ a tempo determinato come ☐ **specialista ambulatoriale convenzionato interno** ☐ **veterinario**, altra professionalità sanitaria ☐ **biologo** ☐ **chimico** ☐ **psicologo**:

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

9) ☐ svolgere / ☐ non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_

10) ☐ avere / ☐ non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) di essere in possesso:

☐ del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ triennio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

☐ del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

☐ di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

12) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) ☐ operare / ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) ☐ svolgere/ ☐ non svolgere funzioni di ☐ **medico di fabbrica** o di ☐ **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

15) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) ☐ avere/☐ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) ☐ essere/☐ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o ☐esercitare/☐non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

18) ☐ fruire/☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) ☐ svolgere/☐ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

21) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; ☐ beneficiare / ☐ non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'EMPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

22) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 del vigente ACN MMG;

23) ☐ avere/☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 23/03/2005 e ss.mm.ii. e dall'art. 25 del vigente Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

\_\_\_\_\_

24) ☐essere / ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

\_\_\_\_\_



---

25) ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: \_\_\_\_\_

---

NOTE:

---

---

---

---

---

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.**

In fede

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (1)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di: \_\_\_\_\_

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.