



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 80 DEL 30/01/2026

OGGETTO: PUBBLICAZIONE AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI A CICLO DI SCELTA, A TEMPO DETERMINATO, O ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI - ANNO 2026.

**DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT.SSA ROBERTA LABANCA
SU PROPOSTA DEL DIRETTORE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

accertata la competenza procedurale, sottopone l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato attestando la legittimità e la regolarità tecnico amministrativa della stessa

Il Direttore
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
Dott.ssa Maddalena MT Minoja

IL DIRETTORE S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

attesta che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale

Il Direttore S.C. Bilancio, Programmazione
Finanziaria e Contabilità
Dott. Paolo Moneta

Vista la legittimità del presente atto.

Il Direttore
S.C. Affari Generali e Legali
Avv. Alessandra Getti



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- il D.Lgs. n. 30 Dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., recante norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- la Legge Regionale n. 33 del 30/12/2009 avente ad oggetto: "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- la D.G.R. n. X/4479 del 10/12/2015 avente ad oggetto: "Attuazione L.R. 23/2015 - costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Melegnano e della Martesana";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 955 del 20/10/2022 ad oggetto "Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 dell'ASST Melegnano e della Martesana. Assetto Organizzativo afferente alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1105 del 28/11/2024 avente ad oggetto: "Presenza d'atto della DGR XII/3412 recante: Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022/2024 dell'ASST Melegnano e della Martesana";
- la D.G.R. n. XII/ 5589 del 30/12/2025 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U) anno 2026 - (di concerto con il Vicepresidente Alparone e l'Assessore Lucchini)";
- la D.G.R. XII/ 5524 del 17/12/2025 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2026 - quadro economico programmatico - (di concerto con il Vicepresidente Alparone);
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 02/01/2024, con la quale è stato disposto l'insediamento del Direttore Generale dell'ASST Melegnano e della Martesana, Dott.ssa Roberta Labanca, nominata con D.G.R. n. XII/1633 del 21/12/2023, con decorrenza dal 01/01/2024;

PREMESSO che il Direttore proponente attesta la legittimità e regolarità tecnico amministrativa del presente provvedimento e riferisce in merito ai presupposti a fondamento dell'adozione dello stesso, come specificatamente di seguito argomentato;

PREMESSO che l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta dispongono che le aziende sanitarie individuate dalla Regione pubblichino sul proprio sito istituzionale un Avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, al fine di garantire la continuità nell'assistenza ai cittadini;

RITENUTO opportuno, sulla base di quanto sopra esposto, procedere alla pubblicazione sul sito aziendale di apposito Avviso Pubblico, finalizzato alla predisposizione di graduatorie aziendali di medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta e Pediatri di Libera Scelta disponibili per l'eventuale conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni per l'anno 2026;

ACQUISITA in tal senso la proposta del Direttore del Dipartimento Cure Primarie che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica degli atti del presente provvedimento;



VERIFICATO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;

ACQUISITA l'attestazione di legittimità della presente deliberazione da parte del Direttore della S.C. Affari Generali e Legali tramite firma apposta alla stessa;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, dal Direttore Socio Sanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

DELIBERA

Per i motivi in premessa indicati e che si intendono qui integralmente richiamati:

1. di procedere alla pubblicazione sul sito dell'Ente di Avviso Pubblico finalizzato alla predisposizione di graduatorie aziendali di medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta e Pediatri di Libera Scelta disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, per l'anno 2026, allegato al presente atto come parte integrante dello stesso;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
3. di conferire mandato al Direttore proponente per tutti i necessari, successivi, adempimenti all'esecuzione di questo provvedimento;
4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, così come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. w) della L.R. n. 23/2015;

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Roberta Labanca)

**IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
(Dott.ssa Valentina Elena
Margherita Berni)

**IL DIRETTORE
SANITARIO**
(Dott.ssa Giuseppina
Ardemagni)

**IL DIRETTORE
SOCIO SANITARIO**
(Dott.ssa Paola Maria
Saffo Pirola)

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Responsabile del procedimento amministrativo: MADDALENA MT MINOJA

Pratica trattata da: Emiliano Re Depaolini

Allegati n. 7



Pubblicato il 02/02/2026 - scadenza il 04/03/2026

**AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI
MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DISPONIBILI AL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI A CICLO DI SCELTA, A TEMPO
DETERMINATO, O ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI. ANNO 2026.**

Ai sensi dell’art. 19 commi 6 e 7 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, l’ASST Melegnano e della Martesana indice il presente Avviso Pubblico, rivolto ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e finalizzato alla predisposizione di graduatorie aziendali per l’eventuale assegnazione di incarichi provvisori per attività a ciclo di scelta, a tempo determinato o per l’affidamento di sostituzioni, da parte di medici disponibili.

GRADUATORIE

La graduatoria verrà predisposta utilizzando i seguenti criteri, nell’ordine di priorità indicato:

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

Ai sensi dell’articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448:

- d) medici iscritti all’albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Come disposto al comma 7 del sopra richiamato art. 19 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, i medici di cui alle lettere da b) ad e), sono graduati nell’ordine:

- 1) della minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- 2) del voto di laurea;
- 3) della anzianità di laurea.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO

La domanda di partecipazione all’Avviso, di partecipazione, **in bollo e sottoscritta**, da formularsi utilizzando i moduli allegati, dovrà essere trasmessa entro e non oltre le ore 12.00 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione sul sito aziendale.

ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina 1 – 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 02.98058230 – C.F. e P.I. 09320650964 protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it — www.asst-melegnano-martesana.it

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

La domanda di partecipazione dovrà essere corredata da:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione, Allegato L dell'A.C.N., datata e sottoscritta;
- copia di valido documento di identità.

La presentazione delle domande da parte degli interessati ai fini dell'inclusione nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, dovrà avvenire a mezzo PEC, dal proprio domicilio digitale, all'indirizzo PEC della ASST:

protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it.

Qualora emergano dichiarazioni non veritiere rese dai partecipanti all'Avviso, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, gli stessi decadono dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

<u>DISCIPLINA DELL'INCARICO</u>
--

L'incarico è disciplinato dagli AA.CC.NN. e AA.II.RR. vigenti ai sensi del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., oltreché dalle direttive organizzative aziendali: il professionista, quale titolare di un rapporto di lavoro contrattualizzato di medico convenzionato con il S.S.N., è destinatario del codice di comportamento aziendale, approvato con deliberazione n. 943 del 23.21.2017, ai sensi dell'art. 54 del D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, del D.P.R. del 16 aprile 2013 n. 62 e secondo le linee guida ANAC approvate con deliberazione n. 177 del 19.02.2020.

Il testo del presente Avviso Pubblico, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, sarà disponibile sul sito internet dell'Azienda.

Per ulteriori informazioni inerenti al presente Avviso Pubblico, è possibile scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica: ***cureprimarieest.mmgpls@asst-melegnano-martesana.it***.

Il Direttore Generale
ASST Melegnano e della Martesana
Roberta Labanca



Al Direttore Generale della ASST Melegnano e
della Martesana via Pandina 1 20070 Vizzolo
Predabissi
P.E.C.: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it

***Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di
Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta
disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato
o all'affidamento di sostituzioni, per le ASST di Melegnano e della
Martesana, per l'anno 2026.***

Il/La _____

sottoscritto/a

nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. tel. /cell. _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____
in data ____/____/____

Voto di Laurea _____

Iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;

Domicilio digitale P.E.C. _____ (obbligatorio)

E-mail ordinaria _____ (obbligatoria)

CHIEDE

di essere inserito/a nelle graduatorie della ASST Melegnano e della Martesana
dei **Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta** disponibili per
l'attribuzione di incarichi provvisori e sostituzioni per il territorio della ASST di
Melegnano e della Martesana, per l'anno 2026.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P. R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

Per gli incarichi provvisori a tempo determinato/sostituzioni:

- a) per coloro che sono già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale:
 - di essere inserito/a nella graduatoria regionale anno 2026 con il punteggio di _____ punti;
- b) per coloro che non sono inseriti nella graduatoria regionale:
 - di essere in possesso del Titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data ____/____/____
 - di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale nella regione Lombardia, dal _____
 - di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale di altre regioni dal _____
 - di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 precisamente in data _____
 - di essere iscritto a un corso di specializzazione dal _____

_____/____/____ Firma _____

Allegati:

- Dichiarazione Informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato L dell'ACN, datata e sottoscritta; ○ copia documento di identità.

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo la A.S.S.T. a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per l'Assistenza Primaria, nonché per i connessi obblighi di legge.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



**AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI GRADUATORIE
AZIENDALI DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DISPONIBILI AL
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO
O ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI. ANNO 2026.**

Ai sensi dell’art. 19 commi 5 e 6 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria vigente, l’ASST Melegnano e della Martesana indice il presente Avviso Pubblico, rivolto ai Pediatr

GRADUATORIE

La graduatoria verrà predisposta utilizzando i seguenti criteri, nell’ordine di priorità indicato:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

Come disposto al comma 8 del sopra richiamato art. 19 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con Pediatri di Libera Scelta, i medici di cui alle lettere b) e c), sono graduati nell’ordine:

- 1) della anzianità di specializzazione;
- 2) del voto di specializzazione;
- 3) della minore età.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO

La domanda di partecipazione all’Avviso, di partecipazione, **in bollo e sottoscritta**, da formularsi utilizzando i moduli allegati, dovrà essere trasmessa entro e non oltre le ore 12.00 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione sul sito aziendale.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

La domanda di partecipazione dovrà essere corredata da:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione, Allegato I dell'A.C.N., datata e sottoscritta;
- copia di valido documento di identità.

La presentazione delle domande da parte degli interessati ai fini dell'inclusione nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, dovrà avvenire a mezzo PEC, dal proprio domicilio digitale, all'indirizzo PEC della ASST:

protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it.

Qualora emergano dichiarazioni non veritiere rese dai partecipanti all'Avviso, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, gli stessi decadono dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

<u>DISCIPLINA DELL'INCARICO</u>
--

L'incarico è disciplinato dagli AA.CC.NN. e AA.II.RR. vigenti ai sensi del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., oltreché dalle direttive organizzative aziendali: il professionista, quale titolare di un rapporto di lavoro contrattualizzato di medico convenzionato con il S.S.N., è destinatario del codice di comportamento aziendale, approvato con deliberazione n. 943 del 23.21.2017, ai sensi dell'art. 54 del D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, del D.P.R. del 16 aprile 2013 n. 62 e secondo le linee guida ANAC approvate con deliberazione n. 177 del 19.02.2020.

Il testo del presente Avviso Pubblico, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della domanda, sarà disponibile sul sito internet dell'Azienda.

Per ulteriori informazioni inerenti al presente Avviso Pubblico, è possibile scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica: ***cureprimarieest.mmgpls@asst-melegnano-martesana.it.***

Il Direttore Generale
ASST Melegnano e della Martesana
Roberta Labanca



Al Direttore Generale della ASST Melegnano e
della Martesana via Pandina 1 20070 Vizzolo
Predabissi
P.E.C.: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it

***Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di
Pediatri di Libera Scelta disponibili al conferimento di incarichi
provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, per
le ASST di Melegnano e della Martesana, per l'anno 2026.***

Il/La

sottoscritto/a

nato/a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____ residente a _____ Prov. ____

C.A.P. _____ Via _____ n. _ tel. /cell. _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____
_____ in data ____ / ____ / ____

Voto di Laurea _____

Iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;

Domicilio digitale P.E.C. _____ (obbligatorio)

E-mail ordinaria _____ (obbligatoria)

CHIEDE

di essere inserito/a nelle graduatorie della ASST Melegnano e della Martesana
dei **Pediatri di Libera Scelta** disponibili per l'attribuzione di incarichi
provvisori e sostituzioni per il territorio della ASST di Melegnano e della
Martesana, per l'anno 2026.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P. R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

Per gli incarichi provvisori a tempo determinato/sostituzioni:

- a) per coloro che sono già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale:
 - di essere inserito/a nella graduatoria regionale anno 2026 con il punteggio di _____ punti;
- b) per coloro che non sono inseriti nella graduatoria regionale:
 - di essere in possesso del Titolo di specializzazione in Pediatria conseguito in data ____/____/____;

_____/____/____ Firma_____

Allegati:

- Dichiarazione Informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato I dell'ACN, datata e sottoscritta; ○ copia documento di identità.

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo la A.S.S.T. a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per l'Assistenza Primaria, nonché per i connessi obblighi di legge. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Firma_____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1. **essere/non essere** (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto: _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____

2. **essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico di medicina generale / pediatria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte

Periodo dal _____

3. **essere/non essere** (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2):

ASL _____ branca _____ ore settimanali _____

ASL _____ branca _____ ore settimanali _____

4. **essere/non essere** (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____ periodo dal _____

5. **essere/non essere** (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale, a **tempo indeterminato o a tempo determinato** (1), nella Regione Lombardia o in altra Regione **in forma attiva / in forma di disponibilità** (1):

Regione _____ ASL _____ Ore settimanali _____

6. **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2): ore settimanali _____ Organismo _____

Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

7. **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

8. **svolgere/non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93: Azienda _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____

9. **svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o dell'ASL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo dal

10. **svolgere/non svolgere** (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

.....
..... Periodo dal

11. **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6):

Soggetto pubblico

Via Comune di

Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro

Periodo dal

12. **essere/non essere** (1) titolare di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
.....

Periodo dal

13. **fruire/non fruire** (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo dal

14. **fruire/non fruire** (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: Soggetto erogante il trattamento di adeguamento

..... Periodo dal

15. di svolgere/non svolgere (1) attività libero professionale (ai sensi dell'art 58 ACN 29/7/2009):

tipo di attività professionale:.....

☐ in forma occasionale (occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso)

☐ in forma strutturata (espletata in forma organizzata e continuata comportante un impegno orario settimanale definito) Data inizio Presso

Giorni ed orario di attività per numero ore totali settimanali :

Lunedì dalle alle dalle alle

Martedì dalle alle dalle alle

Mercoledì dalle alle dalle alle

Giovedì dalle alle dalle alle

Venerdì dalle alle dalle alle

Sabato dalle alle dalle alle

Dichiaro inoltre che tale attività libero professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

NOTE: _____

In fede

Data

Firma

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt _____
nat _____ a _____ il ____/____/____
consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito **alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso dei titoli di preferenza di _____
- ☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso _____
_____ di _____ in data _____
- ☐ di essere in possesso del diploma di specializzazione in: _____
_____ conseguito presso _____
_____ di _____ in data _____
- Durata legale del corso anni _____ iniziato il _____
- ☐ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico – chirurgica, conseguita
in data ____/____/____ presso _____
_____ di _____
- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ con decorrenza dal _____
- ☐ di essere dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed a tempo _____, con
profilo professionale di _____ disciplina di _____ presso
_____ di _____ con sede legale in via _____ cap
_____ tel _____
- ☐ di aver superato il periodo di prova in data _____ presso _____
di _____ con sede legale in via _____ cap _____
tel _____
- ☐ altri titoli _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR n. 679/2016, si autorizza al trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto _____ per le finalità di gestione della selezione e al trattamento presso archivi informatici e/o cartacei anche successivamente all'instaurazione dell'incarico per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

data _____ firma _____

N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.