

ASL BT

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori nel Servizio di assistenza sanitaria estiva ai non residenti- Comune di Margherita di Savoia.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 606 del 09/04/2014, ed in attuazione di quanto previsto dall'art. 32 dell'A.C.N. del 29/07/2009 e dalla D.G.R. n. 2289 del 29/12/2007, è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi separati di medici da utilizzare per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori, non rinnovabili, della durata massima di mesi due, nel servizio stagionale anno 2014, per il periodo dal 01/07/2014 al 31/08/2014, al D.S.S. n. 1 di Margherita di Savoia, di assistenza sanitaria in favore di turisti italiani e stranieri e persone non residenti nella regione Puglia.

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento:

1. medici incaricati a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BT, con priorità per i medici incaricati nel distretto dove è situata la postazione per completamento orario a 38 ore settimanali;
2. medici incaricati a tempo determinato nella ASL BT con le modalità di cui all'art. 70 dell'A.C.N., per completamento orario a 38 ore settimanali;
3. medici incaricati a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale in Aziende Sanitarie confinanti, per completamento orario a 38 ore settimanali;
4. in subordine, medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva di medicina generale, settori di assistenza primaria e/o continuità assistenziale, valevole per l'anno 2013, pubblicata sul B.U.R.P. n. 10 del 23/01/2014, e medici non inclusi nella predetta graduatoria regionale in possesso dei requisiti di cui alla Norma Transitoria n. 4 e Norma Finale n. 5 dell'Accordo innanzi citato, per l'inserimento in appositi elenchi separati utilizzabili solo in mancanza di

medici disponibili di cui ai punti 1, 2 e 3 ed in presenza di obiettive difficoltà di organizzazione del servizio.

I medici disponibili allo svolgimento dell'attività in questione devono inviare apposita istanza in bollo da € 16,00, corredata di fotocopia di un valido documento di riconoscimento, indirizzata al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale BT, Via Fornaci, n. 201, 76123 Andria, entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Nelle domande di ammissione all'avviso, che dovranno formularsi come da schema esemplificativo allegato al presente bando, gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., a pena di esclusione: dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo e-mail (al quale il medico sarà rintracciabile per l'eventuale convocazione al conferimento dell'incarico), voto di laurea, anzianità di laurea, numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva innanzi richiamata, con il relativo punteggio, e tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie.

Le domande presentate dai medici titolari a tempo indeterminato e/o determinato nel servizio assistenziale saranno graduate secondo le priorità previste dall'art. 32 dell'A.C.N. del 29/07/2009 e dall'art. 38, c. 2, dell'A.I.R. di cui alla D.G.R. n. 2289/2007.

Le domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, valevole per il 2013, saranno graduate, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL BT, sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente.

Le domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori, ex Norma Transitoria n.4 e Norma Finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009, saranno inserite, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL BT, in apposito elenco, graduato nell'ordine dalla minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dall'anzianità di laurea, sarà utilizzato solo in caso di indisponibilità di tutti i medici innanzi richiamati.

Il trattamento giuridico ed economico per gli incarichi di che trattasi è regolamentato dall'A.C.N. del

29/072009 e dall'A.I.R. di cui alla D.G.R. n. 2289/2007 in materia di continuità assistenziale.

I dati personali forniti dai Concorrenti, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.L.gs n.196/2003 e s.m.i.

Per quant'altro non previsto dal presente Bando, si fa riferimento alle disposizioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N.

L'ASL BT si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

Il Direttore Area Gestione del Personale
Dott. Francesco Nitti

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni Gorgoni

Marca da Bollo Euro 16,00 Agenzia delle Entrate Prot.n.954-19608/2010 del 18/02/2010
--

AL DIRETTORE GENERALE
 AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
 VIA FORNACI, 201
 76123 A N D R I A

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori nel Servizio di Assistenza Sanitaria ai turisti- stagione estiva 2014- Comune di Margherita di Savoia- Azienda Sanitaria Locale BT.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori per lo svolgimento del Servizio di assistenza sanitaria turistica nel territorio della ASL BT- Stagione estiva 2014- Periodo 01/07/2014- 31/08/2014- ai sensi dell'ACN del 29/07/2009.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara (1):

- di essere nato a _____ il _____ Codice fiscale _____ ;
- di risiedere di risiedere nel Comune di _____ CAP _____ alla Via _____, n° _____, Recapito Telefonico Fisso n. _____, Recapito mobile Cell. _____ ;
- di avere il seguente indirizzo di posta elettronica _____ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in data _____, con voto di laurea _____ ;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero _____ ;
- di concorrere/non concorrere (1) per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, essendo incluso al n. _____, con punti _____, della graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2013, pubblicata sul BURP n. 10 del 23/01/2014;
- di concorrere/non concorrere (1) per l'inserimento nell'elenco di cui alla Norma Transitoria n.4 dell'ACN del 29/07/2009, essendo in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, di cui allega copia, conseguito ai sensi del D.L.vo n. 256/91 il _____ presso _____ ;

- di concorrere/non concorrere (1) per l'inserimento nell'elenco di cui alla Norma Finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- di svolgere/non svolgere altre attività come Medico, compreso la frequenza di corsi di specializzazione e/o corsi triennali di formazione in medicina generale ex D.L.vo 256/91. In caso affermativo specificare : _____
_____;
- di non avere procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;
- di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.L.gs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i.

Allega alla presente domanda, copia di un valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. _____

COMUNE DI _____

Provincia di _____ CAP _____ Via _____,

N. _____ RECAPITO TELEFONICO FISSO o MOBILE _____,

Indirizzo di Posta Elettronica _____.

Il sottoscritto dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. del 29/07/2009 che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale del quale ha integrale conoscenza e dichiara formalmente sotto la propria responsabilità ed ai sensi della L. 15/05/1997, n. 127 e s.m.i. che quanto riportato nella presente risponde a verità.

data _____

firma _____ (*)

(1) Barrare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.