

---

**Concorsi**

---

ASL BA

**Avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.**

È indetto avviso pubblico per la formazione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL BA, ai sensi dell' art. 71 dell'ACN del 29/7/2009 e art 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008 ed al regolamento aziendale di C.A.

**Art. 71 ACN 29/7/2009 — art. 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008 Reperibilità Domiciliare**

Possono dare la loro disponibilità ad effettuare turni di reperibilità, non coperti dai medici ex art 63 e 70 dell'ACN 29/7/2009, nell'ordine i medici:

- A. inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 di cui al BURP n. 5 del 21/1/2016 con priorità per quelli residenti nell'Azienda BA; utilizzare l' ALL A)**
- B. che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale ma non inseriti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2015 di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN 29/7/2009; utilizzare l'ALL B)**
- C. che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 giusta norma finale n 5 dell'ACN del 29/7/2009 ; utilizzare l'ALL. C)**
- D. medici frequentanti il Corso Triennale di Formazione in Medicina Generale; utilizzare l'ALL. D)**
- E. medici frequentanti corsi di specializzazione; utilizzare l'ALL. E)**

**I medici di cui alla lett A) verranno graduati con il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore anno 2015 con priorità per i residenti nel territorio aziendale**

**I medici di cui alle lettere B),C),D), E) verranno graduati, nell'ambito di ogni singolo raggruppamento, secondo i seguenti criteri:**

- **residenza aziendale**
- **Minore età al conseguimento del diploma di laurea;**
- **Voto di laurea;**
- **Anzianità di laurea**

**Gli aspiranti**, entro 15 gg dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP, possono presentare apposita domanda **in carta semplice, corredata da fotocopia di un valido documento di identità** e dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000: dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, voto di laurea, data di laurea , data di abilitazione, posizione in graduatoria regionale, punteggio della graduatoria regionale, PEC OBBLIGATORIA secondo il FAC-SIMILE allegato.

**Ogni aspirante dovrà esprimere nella domanda di partecipazione, a pena di esclusione, una sola opzione in merito alla scelta del distretto in cui intende garantire la reperibilità domiciliare.**

A tale riguardo, si riportano qui di seguito i distretti della ASL BA:

- Dist.1 Molfetta- Giovinazzo
- Dist 2 Corato- Ruvo-Terlizzi
- Dist 3 Bitonto -Palo del Colle
- Dist 4 Altamura - Gravina - Santeramo - Poggiorsini
- Dist 5 Grumo - Acquaviva - Cassano - Binetto - Sannicandro - Toritto
- Dist 6 Bari Nord
- Dist 7 Bari Centro
- Dist 8 Bari Sud
- Dist 9 Modugno - Bitetto - Bitritto
- Dist 10 Triggiano - Adelfia - Cellamare - Capurso - Valenzano
- Dist 11 Mola - Noicattaro - Rutigliano
- Dist 12 Conversano - Polignano - Monopoli
- Dist 13 Gioia- Turi - Casamassima - Sammichele
- Dist 14 Putignano - Noci - Alberobello - Castellana - Locorotondo

Per ogni distretto sarà costituito un contingente minimo proporzionato alle sedi che insistono nel distretto.

Nel caso di opzioni in esubero rispetto al contingente gli aspiranti saranno iscritti d'ufficio ad altro distretto appartenente alla ASL BA, nel rispetto della residenza dei singoli aspiranti e del distretto confinante

Le istanze, redatte, come da FAC-SIMILI allegati, devono essere indirizzate: ASL BAAGRU-UOGAPC —Via Lungomare Starita 6 - Bari ed inviate **a pena di esclusione**:

- a mezzo posta certificata al seguente indirizzo: [agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it);

**Si intendono prodotte in tempo utile le domande pervenute entro le ore 14.00 del termine stabilito**

#### **Art 71 ACN 29/7/2009 — Reperibilità domiciliare**

- Delle domande presentate dagli **aspiranti di cui alla lett. A)** saranno redatti appositi elenchi per quanti sono i distretti della ASL BA secondo il seguente ordine:
  - 1) medici inseriti nella graduatoria regionale 2015 e residenti nel territorio della Azienda;
  - 2) medici inseriti nella graduatoria regionale 2015 e non residenti nel territorio della Azienda.
- Delle domande presentate dagli **aspiranti di cui alle lett. B) , C ) , D) , E)**
- saranno redatti appositi elenchi distinti per quanti sono i distretti di questa ASL,

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/9/2009 ed ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri

dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a: Responsabile:U.O. GAPC dott.ssa Anna Maria Quaranta- Via Lungomare Starita n. 6 (70123 - BARI -) - Tel: 080/5842552

**Si invitano i signori medici, per la presentazione delle domande, ad utilizzare esclusivamente gli allegati del presente bando.**

Il Direttore Area Gestione Risorse Umane  
Dott.Francesco Lippolis

Il Dirigente Generale  
Dott. Vito Montanaro

ALL.A) Per gli inclusi in graduatoria regionale anno 2015

ASL BA

U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
**70123 B A R I**

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- d) Di essere incluso al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2015, pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito. Telef. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.B) per chi possiede l'ATTESTATO DI FORMAZIONE  
Norna transitoria n. 4 ACN 29/7/2009

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- d) Di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data \_\_\_\_\_ e di non essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale anno 2015;
- e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato \_\_\_\_\_;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito. Telef. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.C) per i soli ABILITATI

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. \_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- d) Di aver acquisito l'Abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e precisamente in  
data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
- e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito. Telef. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.D) per i TIROCINANTI MEDICINA GENERALE

ASL BA

U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. \_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- d) Di frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale triennio \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito. Telef. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.E) per gli SPECIALIZZANDI

ASL BA

U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO S.S.

N. \_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;

b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_;

c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

d) Di frequentare il Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

Dr. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito. Telef. \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile