

ASL TA

**Avviso pubblico VI° edizione Corso di Formazione per idoneità attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale. Riapertura termini.**

In esecuzione della Deliberazione D.G. n. 714 del 12/04/2016 sono riaperti i termini per la presentazione delle domande per ulteriori n. 16 partecipanti all'Avviso per la VI° Edizione del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale, come previsto dall'art. 96 dell'ACN 2009.

**1) REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono presentare domanda all'Avviso in argomento, ai sensi dell'art. 96 dell'ACN,:

- I medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nella Azienda Sanitaria di Taranto;
- I medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL TA;
- I medici titolari di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
- I medici residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
- I medici non residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
- In via subordinata, possono presentare domanda i medici abilitati all'esercizio della professione, iscritti all'Albo professionale e non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con esclusione dei medici frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale e le Scuole di Specializzazione.

**3) DOMANDE DI AMMISSIONE**

I medici interessati alla inclusione nella graduatoria per l'ammissione al Corso devono inviare apposita domanda in carta semplice che deve essere sottoscritta e corredata dalla fotocopia di un valido documento di identità.

La domanda di ammissione, indirizzata al Direttore Generale della ASL TA -- U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va Personale Convenzionato e PAC - Viale Virgilio, 31- 74121 Taranto, deve essere presentata, entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, mediante invio, in applicazione della L.150/2009 e con le modalità di cui alla circolare del Dip. Funzione Pubblica n. 12/2010, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: **assunzionieconcorsi.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it** .

La validità della domanda di partecipazione è subordinata, pena esclusione, all'utilizzo da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale e nominativa. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria. L'invio deve avvenire in un'unica spedizione (non superiore a 20 MB), con i seguenti allegati esclusivamente in formato PDF: domanda di partecipazione e fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata é attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. Per tale motivo, non sarà necessario contattare gli uffici e/o inviare ulteriori comunicazioni per accertarsi della avvenuta ricezione della domanda di partecipazione. Le domande e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D. Lgs. 235/2010 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da eventuali disguidi tecnici/informatici, dovuti all'invio tramite pec, non imputabili a colpa dell'amministrazione, che si dovessero verificare da parte del server.

Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il giorno di scadenza di cui al presente punto n. 3; pertanto, non saranno prese in considerazione le domande pervenute dopo tale data, anche se spedite entro la data di scadenza. Qualora detto giorno sia festivo, il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Il termine per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e, pertanto, la domanda di partecipazione nonché la documentazione richiesta devono pervenire, a pena di esclusione, entro il termine sopraindicato. Si precisa che l'eventuale riserva di invio successivo alla data di scadenza del presente Avviso di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso saranno privi di effetto e la domanda carente dei dati richiesti dal presente Avviso sarà esclusa.

#### 4) REDAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente come da fac-simili allegati al presente Avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema fac-simile **saranno escluse**.

Gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, i recapiti telefonici, il proprio indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, il voto e l'anzianità di laurea, la data di iscrizione all'Albo Professionale, nonché tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precario, svolte alla data di scadenza del presente Avviso.

Le domande di partecipazione già presentate nei termini conservano la loro validità. Pertanto, i candidati che, a suo tempo, hanno già presentato domanda di partecipazione **non dovranno** presentare un'ulteriore domanda.

#### 5) GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande saranno graduate secondo il seguente ordine:

1. medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale residenti nell'Azienda Sanitaria di Taranto;
2. medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL TA;
3. medici titolari, a tempo indeterminato di continuità assistenziale in altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
4. medici residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
5. medici non residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
6. medici abilitati, iscritti all'Albo professionale non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL di Taranto, con esclusione dei medici frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale e le Scuole di Specializzazione.

Le domande saranno graduate secondo i criteri stabiliti dall'art. 96 dell'ACN vigente nonché dalle disposizioni regionali in materia.

Le domande di cui ai punti 1, 2 e 3 saranno graduate secondo l'anzianità di servizio e, a parità, secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Le domande di cui ai punti 4 e 5 saranno graduate secondo il punteggio acquisito nella graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL di Taranto.

Le domande di cui al punto 5 saranno graduate secondo i criteri individuati dalla Norma Transitoria n. 7 dell'ACN vigente: minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Per le domande di cui al punto 6, saranno redatte due graduatorie, di cui una, prioritaria, per i medici re-

sidenti nel territorio della ASL TA e l'altra per i medici residenti del territorio di altre Aziende.

I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande.

#### **6) QUOTA DI ISCRIZIONE**

E prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLS, PBLSD, ALS, ecc.). Tale quota ammonta ad € 1.000,00.

La quota prevista dovrà essere versata, pena decadenza, in un'unica soluzione, entro e non oltre 7 giorni dalla pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio della ASL di Taranto, visionabile anche sulla home page del sito internet della ASL di Taranto nella sezione "Albo Pretorio" — link "Delibere", con le seguenti modalità: bonifico su c/c bancario indirizzato alla Azienda Sanitaria Locale di Taranto — Viale Virgilio n. 31 — 74121 TARANTO. Causale: Iscrizione al Corso di Formazione SET 118 Anno 2015. Codice IBAN: IT32S0103015801000000706982. Entro lo stesso termine perentorio, dovrà essere inviata copia della ricevuta del suddetto bonifico al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: formazione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it.

Sarà cura del medico interessato ed inserito nella graduatoria rispettare il termine di n. 7 giorni sopraindicati. La pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio vale come notifica a tutti gli effetti ed ha valore di pubblicità legale; da quel momento decorre il termine perentorio dei suddetti 7 giorni. Pertanto, non sarà necessario contattare gli uffici per conoscere la data di pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria.

#### **7) PROCEDURE DI CONVOCAZIONE**

Le procedure di convocazione e tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso saranno effettuate **solo ed esclusivamente** tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 2810112009).

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata ricezione delle comunicazioni inerenti al presente Avviso, dovuta ad un malfunzionamento del servizio di posta elettronica certificata del destinatario è a carico dello stesso ed esonera questa ASL da qualsiasi obbligo di reinvio delle stesse comunicazioni. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

#### **8) RINVIO**

Per quanto non previsto nel presente avviso, nonché per il trattamento giuridico ed economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia.

La partecipazione al presente Avviso implica l'accettazione di tutte le sue disposizioni.

#### **9) PRIVACY**

I dati forniti dai partecipanti al presente Avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

#### **10) CAUSE DI ESCLUSIONE**

Sono cause di esclusione:

- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente Avviso;
- la presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

- la mancata indicazione, nella domanda, di almeno uno dei requisiti di partecipazione di cui al punto 2) del presente Avviso;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale e nominativo di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso;
- la mancata indicazione della data di iscrizione all'Albo Professionale;
- l'invio della domanda di partecipazione mediante una modalità diversa da quella indicata nel punto 3) del presente Avviso;
- l'eventuale riserva di invio successivo alla data di scadenza del presente Avviso di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie o difforni dallo schema facsimile allegato al presente Avviso.

### **11) INFORMAZIONI**

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso e non indicata nello stesso, potrà essere richiesta alla ASL TA — U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo e Gestione Amministrativa Personale Convenzionato, Viale Virgilio, 31, 3° piano — Taranto — Dott.ssa Tiziana Adami — Tel. 099.7786781, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 11:00 alle ore 13:00; il martedì e il giovedì anche dalle ore 16:00 alle ore 17:00.

IL DIRETTORE GENERALE  
Avv. Stefano ROSSI

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA  
U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,  
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e PAC  
VIALE VIRGILIO, 31  
74121 TARANTO**

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla riapertura dei termini di partecipazione all'Avviso pubblico per n. 16 partecipanti alla VI° Edizione del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_,  
presa visione dell'Avviso pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione, per la formulazione di apposite graduatorie per l'ammissione alla VI° Edizione del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, Stato civile: \_\_\_\_\_;

b) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono cellulare n. \_\_\_\_\_  
Telefono fisso n. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Personale e Nominativo di Posta Elettronica  
Certificata \_\_\_\_\_;

c) di avere il seguente domicilio (compilare solo se diverso  
dalla residenza): Comune \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

d) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e  
Chirurgia, in data \_\_\_\_\_, con voto di laurea  
\_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_;

e) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine  
dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;

f) di concorrere al predetto Avviso perché in possesso di uno  
dei seguenti requisiti:

- medico titolare a tempo indeterminato di continuità  
assistenziale residente nell'Azienda Sanitaria di  
Taranto;
- medico titolare a tempo indeterminato di continuità  
assistenziale residente nelle Aziende Sanitarie limitrofe  
alla ASL TA;
- medico titolare a tempo indeterminato di continuità  
assistenziale nelle altre Aziende Sanitarie della Regione  
Puglia;

- medico residente nella ASL TA incluso/a al n. \_\_\_\_\_, con punti \_\_\_\_\_ nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
  - medico non residente nella ASL TA incluso/a al n. \_\_\_\_\_, con punti \_\_\_\_\_ nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
  - medico abilitato all'esercizio della professione dal \_\_\_\_\_ non incluso nella graduatoria regionale della Regione Puglia dell'anno 2015 pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
- g) di frequentare/non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale **(1)**;
- h) di frequentare/non frequentare alcuna Scuola di Specializzazione **(1)**;
- i) di detenere/non detenere **(1)** alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto \_\_\_\_\_;
- j) di avere/non avere **(1)** procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;

k) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto del D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata:**

---

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

---

(data)

---

(firma)

**(1)** Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.