

ASL FG

Avviso pubblico per conferimento incarichi provvisori nell'organico di Guardia Medica Turistica – Anno 2016.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale della ASL FG n. **415 del 22/04/2016** è indetto un **“Avviso pubblico”** per la formazione delle graduatorie dei medici per il conferimento di incarichi provvisori non rinnovabili della durata di mesi due a decorrere **dall'01/07/2016 al 31/08/2016** al fine di costituire l'organico di Guardia Medica Turistica per l'assistenza sanitaria ai cittadini non residenti nella Regione, valevole per **l'anno 2016**.

Le domande dovranno pervenire a mezzo raccomandata A.R. entro giorni 15 (quindici) dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul BURP, e dovranno essere indirizzate al “Direttore Generale ASL FG della Provincia di Foggia, viale Fortore - Cittadella dell'Economia 71121 Foggia -.

A tal fine farà fede la data del timbro dell'Ufficio Postale accettante, qualora detto giorno sia festivo il termine si intenderà prorogato al giorno successivo non festivo.

Possono partecipare all'avviso i medici individuati dagli art. 38 e 70 dell' A.C.N. del 29//07/2009 meglio specificati nell'Accordo Integrativo Regionale vigente, come di seguito riportato:

- a) medici incaricati a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL, con priorità per i medici incaricati nel Distretto dove è situata la postazione di Guardia Medica Turistica con completamento orario a 38 ore settimanali;
- b) medici incaricati a tempo determinato nell'ASL FG con le modalità di cui all'art. 70 del vigente A.C.N. e della delibera del Commissario Straordinario n.250 del 22/06/2015, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
- c) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in AA.SS.LL. limitrofe, con completamento orario fino a 38 ore settimanale.

Il rapporto **giuridico/economico** sarà regolamentato secondo il capo V° dell' A.C.N. del 29/07/2009 in materia di Continuità Assistenziale.

I medici inseriti nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2015, saranno graduati secondo l'ordine espresso dalla stessa, mentre i medici non inclusi nella predetta graduatoria saranno graduati secondo i criteri di: **minore età, voto di laurea, anzianità di laurea. I medici incaricati, oltre a eseguire visite ambulatoriali e domiciliari e interventi di pronto soccorso ambulatoriale, potranno rilasciare prescrizioni farmaceutiche, richiedere indagini specialistiche, formulare proposte di ricovero e rilasciare certificati di malattia.** Per ulteriori informazioni rivolgersi alla U.O. Persi nel Convenzionato tel. 0881/884735-0881/884784.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. VITO PIAZZOLLA

Al Direttore Generale ASL FG
U.O. Personale Convenzionato
Viale Fortore c/o Cittadella dell'Economia
71121 FOGGIA

Oggetto: **Graduatorie per l'attribuzione di incarichi di sostituzione
e provvisori nel Servizio di Guardia Medica Turistica anno 2016.**

Il sottoscritto dr. _____
nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ n. _____ cap. _____ cod. Fiscale _____
laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il _____
con voto _____/110, iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____
in data _____ n. _____, cod. ENPAM _____

CHIEDE

di concorrere per il conferimento degli incarichi di sostituzione nel Servizio
di Guardia Medica Turistica ASL FG, a tal fine **Dichiara:**

- a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL FG a far data dal _____ presso la sede di _____;
- b) di essere iscritto nella graduatoria Regionale definitiva di medicina generale valevole per l'anno 2015 al posto n. _____ con punti _____;
- c) di essere incaricato in qualità di sostituto nel servizio di Continuità Assistenziale ai sensi dell'art.70, del vigente ACN con completamento orario fino a 38 ore settimanali;
- d) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale in AA.SS.LL. limitrofe con completamento orario fino a 38 ore settimanali.

Indirizzo presso il quale intende ricevere eventuali comunicazioni:

Via _____ n. _____ Comune di _____ cap. _____
Tel. _____ cell. _____

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione alla trattazione di tutti i dati elencati nella presente dichiarazione nel rispetto degli artt. 9, 10 e 11 della legge 31/12/1996, n.675 e successive modificazioni ed integrazioni. Qualora Ella intenda avvalersi dell'istituto dell'autocertificazione, dovrà allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Data _____

Firma per esteso

Allegato "C"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 DPR 445 DEL 28/12/2000)

Il sottoscritto _____
 (cognome) (nome)

Nato a _____ il _____
 (luogo) (Prov.)

Residente a _____ in Via _____ n. _____
 (luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.