

Concorsi

REGIONE PUGLIA SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) rilevati a marzo 2014. Incarichi a tempo indeterminato a 38 ore settimanali.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
		NESSUNA CARENZA	Delibera n. 358 del 25/02/16

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
7	RUVO DI PUGLIA	1 INCARICO	Delibera n. 394 del 10/03/14
5	BARI TRIBUNALE	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BRA Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
1	FASANO	1 INCARICO	Delibera n.1366 del 21/07/14
2	S. PIETRO VERNOTICO	1 INCARICO	Nota n. 47635 del 28/07/16 (residuo settembre 2013)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n°1 71100 Foggia			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
		NESSUNA CARENZA	Nota n°59177 del 13/06/16

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
		NESSUNA CARENZA	Nota n. 123532 del 27/07/16

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA\1 Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
AREA	POSTAZIONE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
2	TARANTO NORD	1 INCARICO	nota n°106705 del 18/07/16 (residui settembre 2012)
2	TARANTO CENTRO	1 INCARICO	(residui settembre 2012)
2	TARANTO SUD	1 INCARICO	(residui settembre 2012)
2	TALSANO	5 INCARICHI	(residui settembre 2012)
2	MARTINA FRANCA	1 INCARICO	(residui settembre 2012)
2	CRISPIANO	3 INCARICHI	(residui settembre 2012)
3	TORRICELLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2013)
3	PULSANO	1 INCARICO	(carenza settembre 2013)
3	MANDURIA	1 INCARICO	Delibera n. 639 del 05/06/15 (carenza marzo 2014)

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicate è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2014, approvata con determinazione dirigenziale n. 417 del 12/12/2014 e pubblicata sul BURP n. 175 del 24/12/2014.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento del possesso del requisito per la formulazione delle graduatorie aziendali di cui discendono gli incarichi di Medicina Generale è la data di rilevazione delle carenze.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti, secondo l'ordine di priorità di seguito riportato:

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
- b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06. e)
- c) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 L.R. n° 7 del 28/03/12.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 15 (quindici) giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AA.UU.SS.LL. competenti. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.

- Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 29/07/09.
- Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 29/07/09.
- Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3) di cui alla L.R. n°26 del 09/08/06).
- Allegato "D" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1) di cui alla L.R. n°7 del 28/03/12, e comunque in servizio alla data del 31/3/2012, su postazioni individuate dalla DGR/2488 del 15/12/2009.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, attestante le eventuali situazioni di incompatibilità che in ogni caso devono essere rimosse alla data di assegnazione dell'incarico (comma 14, art. 92, ACN 29/07/09).

Il Funzionario Istruttore
Sig. Pietro Lamanna

Il Responsabile Del Procedimento
Dr. Vito Carbone

Il Dirigente Della Sezione
Dott.ssa Giovanna Labate

Il Responsabile Del Procedimento
Dr. Vito Carbone

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M. F. _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale: allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All' Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2014 con punti _____ alla posizione n° _____
pubblicata sul BURP n° 175 del 24/12/2014

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall' art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:

allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26 del 09/08/2006**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :
allegati n° ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dalla L.R. n° 7 del 28 marzo 2012**

BOLLO

RACCOMANDATA

All' Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dall'art. 1) di cui alla L.R. n° 7 del 28/03/12 per personale in servizio alla data del 31/3/2012 e su postazioni individuate dalla DGR n. 2488 del 15/12/2009.

allegati n° ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____