

ASL BT

**Avviso Pubblico per conferimento incarichi di reperibilità nei Distretti di Continuità Assistenziale – ASL BT.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 2365 del 10/11/2016, è indetto

**AVVISO PUBBLICO**

per la formazione di appositi elenchi distrettuali, validi per il conferimento di incarichi di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT, ai sensi del Capo III dell'ACN del 29/07/2009 e delle Norme Regionali di riferimento.

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento:

1. i Medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva di settore valevole per **l'anno 2015**, pubblicata sul **BURP n. 5 del 21/01/2016**;
2. i medici, **non** inclusi nella graduatoria regionale valevole per **l'anno 2015**, in possesso dei requisiti di cui alla Norma Transitoria n.4 ACN vigente;
3. i medici in possesso dei requisiti di cui alla Norma Finale n.5 ACN vigente.

Tra i medici di cui ai punti 1), 2) e 3) hanno priorità quelli **residenti nell'Azienda BT.**

**Modalità e termine di presentazione delle domande**

Le domande di partecipazione all'avviso, **redatte con bollo da € 16,00** (come previsto dal parere espresso dalla Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate, prot. n. 954-19608/2010 del 18/02/2010), indirizzate al **DIRETTORE GENERALE ASL BT- VIA FORNACI, 201- 76123 ANDRIA**, devono essere redatte **esclusivamente come da allegato** al presente avviso, **pena l'esclusione.**

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro il 15° giorno successivo** a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, **esclusivamente:**

- **tramite consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo della ASL BT, sito in Andria, alla via Fornaci, 201 (dalle ore 11,30 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 16,00 alle ore 17,00 il martedì e il giovedì)**
- o
- **a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo su indicato.**

Gli aspiranti dovranno esprimere nella istanza, **a pena di esclusione**, una sola opzione in merito alla scelta del Distretto in cui intendono garantire la reperibilità domiciliare, barrando la casella di riferimento:

- DISTRETTO SANITARIO N.1: S. Ferdinando di Puglia - Margherita di Savoia -Trinitapoli;
- DISTRETTO SANITARIO N.2: Andria;
- DISTRETTO SANITARIO N.3: Canosa di Puglia Minervino Murge - Spinazzola;
- DISTRETTO SANITARIO N.4: Barletta;
- DISTRETTO SANITARIO N.5: Trani - Bisceglie.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, pena la non ammissione.

Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni

del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi postali e/o derivanti da cause imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore che comportino il ritardo nella presentazione della domanda rispetto ai termini previsti nel presente bando.

Le istanze già pervenute o che perverranno prima della pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia non saranno prese in considerazione e saranno archiviate senza alcuna comunicazione ulteriore agli interessati, in quanto il presente bando costituisce a tutti gli effetti notifica nei confronti degli interessati.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, datata e firmata, (vedi allegato), gli aspiranti devono dichiarare il possesso dei seguenti requisiti generali e specifici, comprovando gli stessi in sostituzione delle normali certificazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183, ovvero:

- a) cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza;
- b) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- c) il possesso del Diploma di Laurea con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
- d) l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
- e) la data di conseguimento dell'abilitazione professionale;
- f) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole per **l'anno 2015**, settore continuità assistenziale, con il relativo punteggio;
- g) data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- h) tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
- i) il consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/03, alla A.S.L. BT al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso da parte degli aventi diritto;
- j) il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso, completo di n. di codice di avviamento postale, di n. telefonico (anche cellulare), di indirizzo di posta elettronica certificata. In caso di omessa indicazione sarà tenuta in considerazione la residenza dichiarata come dal punto a) che precede. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo;
- k) data e sottoscrizione del candidato.

La omessa dichiarazione, non altrimenti rilevabile, resa mediante autocertificazione e/o, nei casi previsti, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n.445/00 contestuale e/o allegata all'istanza di ammissione o documentazione del possesso di uno solo dei requisiti generali e specifici prescritti dal presente bando, determina l'esclusione dall'avviso.

In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che il candidato intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato o autodichiarato.

#### **Documenti da allegare alla domanda**

Alla domanda i candidati devono allegare:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità, pena la non ammissione;
- Allegato "L" di cui all'ACN vigente.

Non saranno presi in considerazione documenti, titoli che perverranno a questa Amministrazione dopo il

termine ultimo per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in argomento.

### **ESCLUSIONE DALL'AVVISO**

Costituiscono motivo di esclusione:

- il mancato possesso di uno o più requisiti sia generali che specifici richiesti per l'ammissione;
- la mancata sottoscrizione della domanda;
- mancata fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando;
- l'indicazione di più Distretti;
- la omessa o non completa compilazione dell'allegato "L".

### **FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE**

Delle domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore valevole per l'anno 2015 pubblicata sul N. **BURP n.5 del 21/01/2016** saranno predisposti, con i criteri di cui all'ACN del 29/07/2009, a norma delle disposizioni regionali vigenti materia e sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente, un elenco contenente i nominativi dei medici residenti nel territorio della ASL BT, nonché un ulteriore elenco dei medici residenti nel territorio di altre Aziende.

I medici concorrenti ex Norma Transitoria n.4 e Norma Finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009, **con priorità per i residenti nel territorio ASL BT**, saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea, **con precedenza, all'atto dell'accettazione, per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.**

### **MODALITÀ DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI**

Gli incarichi di reperibilità saranno conferiti, nel rispetto dell'art 71 ACN del 29/07/2009, e dell'art. 43 AIR/2008, prioritariamente ai medici di cui al punto 1) e successivamente ai medici di cui al punto 2) e 3).

Si dà atto che, **all'atto dell'accettazione, avranno precedenza i sanitari che non detengano alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.**

Gli incarichi, per ciascun Distretto, saranno conferiti fino alla copertura del contingente necessario a garantire la continuità dell'assistenza ovvero il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, deve essere pari almeno alla metà dei medici presenti in turno attivo per ciascun Distretto (art. 43 co. 6 AIR 2008).

Le procedure di convocazione saranno effettuate dall'U.O. Personale Convenzionato **esclusivamente** tramite posta aziendale certificata (art. 16 comma 7 L.n. del 28/01/2009).

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.

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 successive modificazioni ed integrazioni.

Per quanto altro non previsto dal presente Bando, si fa riferimento alle disposizioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale convenzionata.

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. Ottavio Narracci

Marca da Bollo Euro 16,00 Parere 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 il conferimento di incarichi di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT.

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formazione di appositi elenchi distrettuali per il conferimento di incarichi di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT 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 \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_;
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
- alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,
- Recapito Telefonico Fisso n. \_\_\_\_\_,
- Recapito mobile Cell. \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_;
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in data \_\_\_\_\_, con voto di laurea \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_;
- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, essendo incluso al n. \_\_\_\_\_, con punti \_\_\_\_\_, della graduatoria regionale di Medicina

Generale per l'anno **2015**, settore continuità assistenziale, pubblicata sul **BURP n. 5 del 21/01/2016**;

- di concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.T. n.4 dell'ACN del 29/07/2009, essendo in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, conseguito ai sensi del D. Lgs. n. 256/91 il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.F. n.5 dell'ACN del 29/07/2009, avendo acquisito l'abilitazione professionale il \_\_\_\_\_, 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., ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso.
- Di esprimere la seguente preferenza in merito al Distretto in cui intende assicurare la reperibilità domiciliare:
  - DISTRETTO SANITARIO N.1 S. Ferdinando di Puglia – Margherita di Savoia – Trinitapoli;
  - DISTRETTO SANITARIO N.2 Andria;
  - DISTRETTO SANITARIO N.3 Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola;
  - DISTRETTO SANITARIO N.4 Barletta;
  - DISTRETTO SANITARIO N.5 Trani – Bisceglie

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 \_\_\_\_\_ certificata \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda, copia di un valido documento di riconoscimento e "Allegato L".

\_\_\_\_\_  
(Data)

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)

Barrare e compilare la casella che interessa.

**ALLEGATO L****AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

(2)  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"