

ASL BT

**Avviso Pubblico di selezione di n. 2 Pediatri di Libera Scelta da inserire nel Progetto Anno 2014 – 2017.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 2449 del 17/11/2016 è indetto

**AVVISO PUBBLICO**

per la selezione di n. 2 pediatri di libera scelta da inserire nel Progetto Scap anno 2014-2017.

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento:

1. Medici presenti nella graduatoria regionale pediatrica valida alla data di scadenza del bando.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

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. 95419608/2010 del 18/02/2010), indirizzate al **DIRETTORE GENERALE ASL BT- VIA FORNACI, 201- 76123 ANDRIA**, devono essere inoltrate, pena esclusione, entro il 15° giorno successivo a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, scegliendo esclusivamente una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, tramite il servizio postale a: **Direttore Generale dell'ASL BT — Via Fornaci 201 -76123 Andria (BT)**, in tal caso all'esterno della busta deve essere indicato il mittente e deve essere riportata la dicitura "DOMANDA AVVISO SCAP". La data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante;
- consegnate direttamente, entro il termine fissato dal bando, all'Ufficio Protocollo dell'ASL BT Via Fornaci 201 -76123 Andria (piano terra aperto da lunedì al venerdì dalle 11,30 alle ore 13,00 e il Martedì e Giovedì dalle ore 16 alle ore 17).

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 dei concorrenti, né per eventuali disguidi postali e/o derivanti dal mancato funzionamento della posta certificata o comunque 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, (allegati fac-simile dello schema di domanda), 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, a titolo meramente esemplificativo:

- a) cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente o di uno dei paesi dell'unione europea ovvero requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D. Lgs. n. 165/01, e s.m.i.;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

- d) il possesso del Diploma di Laurea con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
- e) il possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria, ovvero in una delle discipline riconosciute equipolenti o affini ai sensi del DD.M.S. 30.01.1998 e 31.01.1998 e successive integrazioni e modificazioni;
- f) l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
- g) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Pediatria valevole alla data di scadenza del bando, con il relativo punteggio;
- j) tutte le sostituzioni a PDF (ivi comprese le sostituzioni per attività sindacali pari a 1 mese ogni 96 ore) o attività di PDF con incarico provvisorio effettuate dall'01/01/2013 al 31/12/2015;
- k) di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN per la pediatria di famiglia;
- l) il possesso di un'adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico;
- m) 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;
- n) 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.

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;
- autocertificazione informativa rilasciata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'ad. 15 della L. 12/11/2011 n. 183.

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;
- la presentazione di autocertificazioni relative al possesso dei requisiti, generali e specifici, di ammissione all'avviso, rese in termini difformi da quanto disposto dalla normativa vigente in materia, da cui non si evince il possesso dei requisiti medesimi;-
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando.

**FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE**

Delle domande presentate dai Medici Pediatri sarà predisposta una graduatoria sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente ottenuto dalla somma dei seguenti titoli:

- a. Punteggio attribuito in *graduatoria regionale*
- b. Residenza nella Regione Puglia - **10 punti**
- c. Residenza nella Asl BT fin da 2 anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione della graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla scadenza del bando — **10 punti**
- d. Sostituzioni a PDF (ivi comprese le sostituzioni per attività sindacali pari a 1 mese ogni 96 ore) o attività di PDF con incarico provvisorio effettuate dal **01/01/2013** al 31/12/2015 - **0,60 punti al mese;**
- e. ***A parità di punteggio prevale il più giovane di età.***

**APPROVAZIONE E VALIDITA` GRADUATORIA**

La graduatoria sarà formulata secondo l'ordine dei punti della valutazione complessiva riportata da ciascun candidato sulla base della valutazione dei titoli presentati e con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del DPR 487/94 e ss.mm.ii. Qualora a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli preferenziali, due o più candidati conseguono pari punteggio, la preferenza è determinata dall'età nel modo stabilito dalle vigenti disposizioni di legge.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito aziendale dell'ASL BT.

L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare le convocazioni per il conferimento degli incarichi esclusivamente tramite posta aziendale certificata.

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 i rapporti con i Pediatri di Libera Scelta.

Il Direttore Area Gestione del Personale  
Dr. Francesco NITTI

Il Direttore Generale  
Dr. Ottavio NARRACCI

Marca da Bollo Euro 16,00 Parere Agenzia delle Entrate - Prot.n.954- 19608/2010 del 18/02/2010
---

**ALL.A**

AL DIRETTORE GENERALE  
 AZIENDA SANITARIA LOCALE BT  
 VIA FORNACI, 201  
 76123 A N D R I A

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la selezione di n. 2 pediatri di libera scelta da inserire nel Progetto Scap anno 2014-2017.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione di n. 2 pediatri di libera scelta da inserire nel Progetto Scap anno 2014-2017.

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:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_;
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
- alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,
- Recapito Telefonico Fisso n. \_\_\_\_\_,
- Recapito mobile Cell. \_\_\_\_\_;
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ per il seguente motivo \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in data \_\_\_\_\_, con voto di laurea \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_;
- di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni;
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ da almeno 2 anni;
- di aver svolto sostituzioni a PDF (ivi comprese le sostituzioni per attività sindacali pari a 1 mese ogni 96 ore) o attività di PDF con incarico provvisorio effettuate dal 01/01/2013 al 31/12/2015 per complessivi giorni \_\_\_\_\_;

- di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art.17 dell'ACN per la pediatria di famiglia;
- di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico;
- 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.

Il/La sottoscritto/a 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.

Il sottoscritto dichiara, fin d'ora, di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. del 29/07/2009 che disciplina i rapporti con i medici di Medicina Generale del quale ha integrale conoscenza e dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_ (\*)

(\*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.