

ASL BT

**Avviso pubblico per la formazione di elenco di medici specialisti, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), per il conferimento di incarichi di sostituzione, ai sensi dell'art. 34 dell'ACN del 17/12/2015, per l'anno 2017.**

**Premesso che**

- L'art. 34, co. 1, dell'ACN del 17/12/2015, prevede che la sostituzione del titolare assente può essere prevista dall'azienda sanitaria assegnando l'incarico di supplenza secondo l'ordine delle graduatorie di cui all'art. 17, con priorità per i medici specialisti, i veterinari o i professionisti sanitari non titolari di incarico;
- L'art. 34, co. 2, dell'ACN del 17/12/2015, prevede che il sanitario assente, di cui all'ACN in vigore, che si assenti dal servizio per periodi inferiori a 10 (dieci) giorni, può individuare e proporre all'azienda sanitaria uno o più sostituti sia tra i titolari di incarico presso la stessa azienda nel rispetto del massimale orario di cui all'art. 26, co. 1 (38 h./sett.li) e sia tra gli iscritti nella graduatoria relativa al medesimo ambito zonale;
- Il Comitato Consultivo Regionale per la specialistica ambulatoriale di Bari ha trasmesso il proprio parere formulato nella seduta del 02/05/2016, acquisito agli atti giusto protocollo n. 31770 del 26/05/2016, in cui ha deliberato che, ***"in via del tutto eccezionale, in analogia a quanto previsto dall'art. 20, co. 2 e 3",*** dell'accordo vigente, le aziende sanitarie, ***"dopo aver esperito le prescrizioni di cui all'art. 34, co. 2, possono utilizzare gli elenchi dei medici dichiaratisi disponibili ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN, che hanno presentato domanda di disponibilità alle sostituzioni da formularsi entro il 30 giugno di ciascun anno"***;
- Nei diversi ambiti distrettuali di questa azienda, possono determinarsi occasioni di impossibilità a reperire medici specialisti ambulatoriali inseriti nella graduatoria definitiva, approvata annualmente dal Comitato Consultivo Zonale per la Specialistica di Bari, che si trovino in condizioni di non incompatibilità, ai sensi dell'art. 25 dell'ACN del 17/12/2015, per il conferimento di incarichi di sostituzione in tutti i casi in cui, una volta esperite le procedure previste dal vigente accordo, non sia stato possibile, da parte dell'azienda, pervenire all'assegnazione dell'incarico di supplenza per l'impossibilità a reperire un sostituto in graduatoria disponibile ed in posizione di non incompatibilità;
- Questa azienda sanitaria, al fine di dare diffusione alle determinazioni assunte a livello regionale, ritiene di fondamentale importanza pubblicare sul sito web aziendale il presente avviso e rendere trasparente la procedura posta in atto;

**Tutto ciò premesso**

- Questa azienda intende procedere, attraverso la pubblicazione di un avviso interno, alla formulazione di un elenco di medici specialisti, iscritti all'albo professionale ed in possesso del diploma di specializzazione nella branca specialistica dell'area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata ma che non sono inseriti nella graduatoria provinciale definitiva dell'anno 2017, che siano in situazione di compatibilità, ai sensi dell'art. 25 sopra citato;
- Tale elenco sarà utilizzato da questa azienda sanitaria per eventuali sostituzioni nei casi in cui, esperite tutte le procedure previste dal vigente accordo, non sia stato possibile pervenire all'assegnazione dell'incarico di supplenza per l'impossibilità a reperire un sostituto in graduatoria disponibile ed in posizione di non incompatibilità.

Il presente avviso è riservato ai medici specialisti non inseriti nella graduatoria provinciale dei medici specialisti aspiranti ad incarichi di sostituzione e/o a tempo determinato in possesso dei seguenti requisiti:

1. Titolo di Laurea in Medicina e Chirurgia o Odontoiatria e protesi dentaria;
2. Essere iscritto all'Albo Professionale;
3. Diploma di Specializzazione nella Branca principale per le specialistiche mediche previste dall'Allegato A dell'ACN 23/05/2005;

4. Non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 25 dell'ACN del 17/12/2015\* (riportato in calce al presente avviso).

“La domanda di disponibilità, corredata da copia del documento di identità in corso di validità, redatta secondo il modello allegato all'avviso, in carta semplice indirizzata al Direttore Generale ASL BT- Via Fornaci, 201- 76123 Andria, riportante come oggetto **“Domanda di disponibilità a ricoprire incarichi di sostituzione, ai sensi dell'art. 34 dell'ACN del 17/12/2015”** dovrà essere presentata **entro il 30 giugno 2017:**

1. a mezzo Raccomandata A/R (in tal caso farà fede il timbro di partenza dell'ufficio postale);
2. a mezzo Posta Elettronica Certificata, al seguente indirizzo protocollo@mailcert.aslbat.it;
3. consegnata al protocollo aziendale sito in Andria alla Via Fornaci, 201.

“Le domande di disponibilità alle sostituzioni incomplete o redatte in difformità dal predetto schema fac-simile saranno escluse.

“Le domande di disponibilità alle sostituzioni, regolarmente presentate, saranno graduate secondo i criteri indicati dal Comitato Consultivo Regionale per la specialistica ambulatoriale di Bari nella seduta del 07/07/2016, verbale n. 4:

1. anzianità di specializzazione;
2. anzianità di laurea;
3. minore età

**“La convocazione, da parte del Responsabile del Servizio/Distretto, dei medici specialisti dichiaratisi disponibili, sarà effettuata a mezzo PEC al fine di garantire trasparenza e ridurre i tempi di interpello dei candidati.**

Il presente avviso è pubblicato sul sito web aziendale e, per debita informazione, viene data comunicazione alle OO.SS. al fine di darne ampia diffusione.

#### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati acquisiti con la presentazione della istanza e della documentazione allegata alla stessa saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 per le finalità dichiarate nel presente avviso interno, nonché per l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti ai sensi della L. n. 241/90 e s.m.i da parte degli aventi diritto.

Andria, \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale  
dott. Ottavio NARRACCI

\*Art. 25 dell'ACN del 17/12/2015: **Incompatibilità:**

1. Ai sensi del punto 6 dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dell'art. 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991 n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che:
  - a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
  - b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
  - c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Na-

- zionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- d) svolga attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2;
  - e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20;
  - f) eserciti la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
  - g) svolga funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
  - h) fruisca del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
  - i) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
  - j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
  - k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
  - l) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.

**Domanda di inclusione nell'elenco dei medici specialisti, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), disponibili al conferimento di incarichi di sostituzione, ai sensi dell'art. 34 dell'ACN del 17/12/2015**

Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Locale BT  
Via Fornaci, 201  
76123 Andria  
[protocollo@mailcert.aslbat.it](mailto:protocollo@mailcert.aslbat.it)

Il/la sottoscritto/a.....,  
nato a.....  
(prov.....)il.....  
Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....) Cap.....  
Indirizzo.....n.....  
telefono.....  
indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....

chiede di essere inserito nell'elenco dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....  
 medici veterinari: area.....  
 biologi  
 chimici  
 psicologi  
 psicoterapeuti

a valere per l'anno 2017, relativamente all'ambito della ASL BT.

A tale fine, acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini dell'elenco.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....  
 .....

Data.....Firma per esteso.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO  
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il/la sottoscritto/a.....,  
nato a.....  
(prov.....) il.....  
Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....) Cap.....  
Indirizzo.....n.....  
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata(PEC).....  
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,(*barrare le caselle che interessano*)

**DICHIARA**

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

1.  di essere cittadino italiano;
2.  di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE  
(*specificare*).....
3.  di possedere il diploma di laurea (DL)  la laurea specialistica (LS) in  
..... (medicina e  
chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica -  
psicologia)  
-  diploma di laurea con voto .....  con lode, conseguito presso l'Università  
di..... in data...../...../.....;  
-  laurea specialistica/magistrale con voto .....  con lode conseguita presso  
l'Università di..... in  
data...../...../.....;
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....  
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)  
nella sessione.....  
presso l'Università di.....;
5. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli.....  
(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine  
provinciale /regionale di..... dal.....
6. di essere in possesso della seguente specializzazione in:.....conseguita  
il...../...../..... presso l'Università di..... con  
voto.....  con lode
7. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 25 dell'ACN  
del 17/12/2015;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).