

ASL FG

Avviso per la formazione di graduatorie per l'attribuzione di incarichi di pediatria di libera scelta.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 652 del 01/06/2017 si rende noto che questa Azienda per poter conferire incarichi di Pediatria di Libera Scelta nel progetto SCAP – Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale – ha necessità di formulare apposite graduatorie secondo i seguenti criteri:

Inserimento di diritto, su domanda volontaria, nel progetto per i Pediatri di L. S. già convenzionati con l'ASL FG;

Medici Pediatri non convenzionati ma iscritti in graduatoria regionale di medicina pediatrica valida alla data di pubblicazione del bando graduati secondo la somma dei punteggi dei seguenti titoli;

punteggio attribuito nella graduatoria Regione Puglia;

40 punti se residenti nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente la data di pubblicazione del bando;

10 punti se residente nell'azienda da almeno 2 anni antecedente la data del bando;

a parità di punteggio prevale il più giovane di età anagrafica.

In subordine i Pediatri di L. S. non inseriti in graduatoria regionale per la medicina pediatrica graduati secondo l'anzianità di specializzazione;

a parità di anzianità prevale il più giovane di età anagrafica;

A tal fine, i medici Pediatri di L. S. interessati all'attribuzione degli incarichi nel progetto SCAP possono avanzare apposita domanda in carta semplice indirizzata al Direttore Generale ASL FG – U.O. Personale Convenzionato Viale Fortore, I "Cittadella dell'Economia" 71121 Foggia come da fac-simile allegato.

Si precisa, inoltre, che gli incarichi saranno attribuiti ai Pediatri che non abbiano in atto, al momento del conferimento, nessuna incompatibilità prevista dall'art. 17 del vigente ACN e che non siano titolari di pensione a qualsiasi titolo.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto degli artt. 9, 10 e 11 della L. n.675 del 31/12/1996 e successive modifiche ed integrazioni.

La domanda dovrà essere inviata con Raccomandata A.R. entro il Termine di giorni 15 (quindici) a decorrere dal giorno successivo la pubblicazione sul BURP del presente Avviso corredata da un valido documento di riconoscimento, la firma sulla stessa non necessita di autentica.

Per ulteriori informazioni contattare il Responsabile del procedimento Sig. Ennio Maffei, U.O. Personale Convenzionato, al numero telefonico 0881/884736.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Vito PIAZZOLLA

AL DIRETTORE GENERALE ASL FG
 Viale Fortore, 1 "Cittadella dell'Economia"
 U.O. Convenzioni
 71121 FOGGIA

Oggetto : Graduatorie per l' attribuzione di incarichi di Pediatria di L. S.
 nel Progetto SCAP (Servizio Consulenza Pediatrica Ambulatoriale).

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l' Università di _____

Il _____ con voti _____/110 abilitato nella _____ sessione in data _____

specializzato in Pediatria presso l' Università di _____ con voti _____

iscritto all' Ordine dei Medici della provincia di _____ in data _____

al numero _____ codice ENPAM _____

CHIEDE

Di partecipare all' assegnazione degli incarichi di Pediatria per il progetto SCAP per la seguente categoria:

Pediatra di L. S. convenzionato con l' ASL FG presso il Comune di _____

Pediatra di L. S. iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Pediatrica valida per l' anno 2017 ed
 inserito al posto n° _____ con punti _____

Pediatra di L. S. non inserito in graduatoria regionale di Medicina Pediatrica ma in possesso dei
 requisiti per la prossima iscrizione.

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 art. 9, 10 e 11 della legge 31/12/1996 n. 675 e successive modifiche ed integrazioni.
 Qualora Ella intenda avvalersi dell' istituto dell' autocertificazione , dovrà allegare copia di un valido
 documento di riconoscimento.

Data _____

 Firma per esteso