

ASL BA

**Avviso pubblico per la selezione di Pediatri di Libera Scelta – Progetto SCAP.**

### **AVVISO PUBBLICO**

per la formazione di apposite graduatorie di medici pediatri valide per il conferimento di incarichi libero professionale per il Progetto SCAP, Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale, della ASL BA per le sedi di:

**P. O. SAN PAOLO**

**P.O. ALTAMURA**

**P.O. MONOPOLI**

**P.O. ORATO**

**Comune di MOLFETTA**

**Comune di BITONTO**

**AZIENDA OSPEDALIERA GIOVANNI XXIII**

Hanno titolo a partecipare al presente avviso pubblico:

- a) i medici pediatri convenzionati esclusivamente con la ASL di Bari;
- b) i medici pediatri iscritti nella graduatoria regionale pediatrica valida alla data del bando (anno 2017 pubblicata sul Burp n. 144 del 15/12/2006);
- c) in subordine, medici pediatri non inseriti in graduatoria regionale anno 2017 ma in possesso della specializzazione in pediatria e dei requisiti per l'iscrizione in Graduatoria Regionale (iscrizione all'Albo professionale e diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti);

I medici pediatri di cui alla lettera A) saranno inseriti nel progetto SCAP a domanda secondo l'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pls convenzionati

I medici di cui alla lett B), pediatri iscritti in graduatoria regionale 2017, saranno graduati in base ai criteri previsti dal progetto SCAP allegato alla D.G.R. 129 del 07.02.2017, sommando il punteggio dei seguenti titoli:

- a. Punteggio attribuito nella graduatoria Regionale Puglia;
  - b. Residenza nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente al bando 40 punti;
  - c. Residenza nella Azienda BA da almeno 2 anni antecedente al bando – 10 punti;
- A parità di punteggio, prevale il più giovane di età anagrafica

I medici pediatri di cui alla lettera C), ossia quelli non inseriti nella graduatoria regionale 2017, che saranno utilizzati in subordine a quelli della lett B) saranno graduati secondo:

- l'anzianità di specializzazione

A parità di anzianità di specializzazione, prevale l'età anagrafica più giovane.

E' incompatibile la partecipazione al progetto da parte dei medici in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 ACIV 2009 ad eccezione dei medici che ricoprono incarichi provvisori ai sensi dell'art. 37 ACN 2009.

E' altresì incompatibile la partecipazione al progetto da parte dei medici che fruiscono di trattamenti di pensione.

Il trattamento economico per i medici incaricati sarà quello previsto dal progetto SCAP allegato alla DGR 129 7.2.2017

Il medico pediatra, al momento della sottoscrizione dell'incarico, deve essere in possesso di un'adeguata polizza assicurativa RC professionale, tenuto conto che il servizio in questione, si configura come attività libero professionale, e non configura nessun tipo di instaurazione di rapporto seppur convenzionale, con il SSR. Per detta attività il medico pediatra dovrà emettere mensilmente regolare fattura nei confronti della ASL BA.

L'aspirante avente titolo può presentare domanda in tutte le AA.SS.LL, circostanza quest'ultima che dev'essere dichiarata al momento della domanda, sotto forma di autocertificazione, e non costituisce motivo di esclusione. Al momento dell'accettazione dell'incarico, il candidato decade automaticamente dalle altre graduatorie appositamente costituite per il progetto SCAP". ( nota regionale di precisazioni)

I medici interessati all'inclusione nelle graduatorie devono inviare apposita istanza, redatta in bollo da € 16,00, secondo gli schemi allegati al presente bando indirizzata al Direttore Generale della ASL Bari Lungomare Starita n. 6 – 70132 BARI.

La domanda deve essere inoltrata, a pena di esclusione,

1) a mezzo raccomandata A.R. entro il quindicesimo (15 gg) giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul BURP.

All'esterno della busta deve essere riportata la dicitura "**DOMANDA AVVISO SCAP**".

La data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

2) o a mezzo PEC al seguente indirizzo: **agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it**

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, viene 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 derivanti dal mancato funzionamento della posta certificata o comunque imputabili a fatto di terzi o caso fortuito o forza maggiore che comportino il ritardo nella presentazione della domanda rispetto al termine previsto nel presente bando.

Le istanze che perverranno prima della pubblicazione del presente bando sul BURP 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.

La domanda redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento valido di identità, contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, del luogo di residenza, dell'indirizzo, del recapito telefonico, della PEC personale, da riportare in maniera chiara e leggibile, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva pediatrica con il relativo punteggio, l'anzianità di specializzazione.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta, a pena di esclusione, utilizzando esclusivamente facsimile allegato al presente avviso. Si precisa che la domanda incompleta o comunque redatta in difformità del fac-simile allegato sarà esclusa.

Costituisce motivo di esclusione l'arrivo della domanda oltre il termine perentorio previsto nel presente bando

Delle domande presentate saranno predisposte tre ( 3) graduatorie distinte sulla base dei criteri innanzi specificati.

Le graduatorie aziendali saranno pubblicate sul sito aziendale.

L'ASL Bari si riserva, a proprio 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 partecipanti verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs 196/2003 e s.m.i.

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato o illeggibile. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

La ASL BA si riserva la facoltà di effettuare le convocazioni per il conferimento degli incarichi libero professionali esclusivamente a mezzo posta certificata.

Per quanto non previsto nel presente avviso, si rinvia a quanto previsto dalle linee guida della D.G.R. 129 del 07.02.2017 ed alla normativa di cui all'A.CN. 29.07.2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia per le parti compatibili.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto de/presente avviso, potrà essere richiesta presso gli uffici dell'Unità Operativa Gestione Amministrativa del Personale convenzionato – Lungomare Starita n. 6 – Bari.

Il Direttore Generale  
Vito Montanaro

*Allegato A) per pediatri già convenzionati ASL BA*

Oggetto: Progetto SCAP

ASL BARI

Al Direttore Generale ASL BA  
Lungomare Starita, 6  
70132 BARI

## DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

Il sottoscritto Dott. ...., nato a  
.....il .....e residente in .....  
(.....) alla via .....n. .... Tel. ....  
indirizzo PEC ..... Medico Chirurgo con specializzazione  
in Pediatria, conseguita presso l'Università di .....in data .....

## CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BA anno 2017.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 :

Di essere pediatra di libera scelta convenzionato con la ASL BA a far data dal .....  
Comune di .....

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

-----  
luogo-----  
dataFIRMA  
-----

**Allegato B) per pediatri inseriti grad.reg.le 2017**

Oggetto: Progetto SCAP

ASL BARI

Al Direttore Generale ASL BA  
Lungomare Starita, 6  
70132 BARI

## DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

Il sottoscritto Dott. ...., nato a  
.....il .....e residente in .....  
(.....) alla via .....n. .... Tel. ....  
indirizzo PEC ..... Medico Chirurgo con specializzazione  
in Pediatria, conseguita presso l'Università di .....in data .....

## CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BA anno 2017.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 (barrare le caselle che interessano)

❖ Di essere inserito nella graduatoria regionale pediatrica valevole per l'anno 2017 pubblicata BURP n. 144 del 15/12/2016 posizione ..... punti ;	SI	NO
❖ Di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente al bando ossia dal ;	SI	NO
❖ Di essere residente nel territorio della ASL BA da almeno 2 anni antecedente al bando nel Comune di ..... ossia dal ;	SI	NO
❖ Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso	SI	NO
❖ Di disporre di adeguata polizza RC professionale	SI	NO
❖ Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto di sottoscrizione dell'incarico	SI	NO
❖ Di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per fini e nel rispetto delle previsioni del D.lgs 196/2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale diritto di accesso	SI	NO

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....  
luogo

.....  
data

FIRMA  
.....

*Allegato C) per pediatri non inseriti grad.reg.le 2017*

Oggetto: Progetto SCAP

ASL BARI

Al Direttore Generale ASL BA  
Lungomare Starita, 6  
70132 BARI

## DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

Il sottoscritto Dott. .... nato a

.....il .....e residente in .....

(.....) alla via .....n. .... Tel. ....

indirizzo PEC .....

## CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BA anno 2017.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 ( barrare le caselle che interessano)

❖ Di non essere inserito nella graduatoria regionale pediatrica valevole per l'anno 2017 pubblicata sul BURP n. 144/15/12/2016 ;	SI	
❖ Di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....conseguito c/o..... in data .....	SI	NO
❖ Di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di..... al numero.....	SI	NO
❖ Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso	SI	NO
❖ Di disporre di adeguata polizza RC professionale	SI	NO
❖ Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto di sottoscrizione dell'incarico	SI	NO
❖ Di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per fini e nel rispetto delle previsioni del D.lgs 196/2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale diritto di accesso	SI	NO

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....  
luogo.....  
dataFIRMA  
.....