

ASL BT

**Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di emergenza sanitaria territoriale "118". Macro aree - ASL BT.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1745 del 29/08/2017, è indetto

**AVVISO PUBBLICO**

per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi separati, validi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di questa Azienda, ai sensi del Capo V dell'ACN del 29/07/2009 e delle norme regionali di riferimento.

Hanno titolo a partecipare al presente avviso:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva di settore valevole per l'anno **2017**, pubblicata sul **BURP n. 64 del 01/06/2017**, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009 (**Allegato A**);
- b) medici in possesso dell'attestato di idoneità ed in servizio alla data del 31/03/2012 con incarico a tempo determinato, ex art. 3 comma 6 della L.R. n.26/2006, come modificata ed integrata dalla L.R. n.7 del 28/03/2012, pubblicata sul BURP n.49 del 04/04/2012 (**Allegato B**);
- c) medici inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2017 pubblicata sul **BURP n. 64 del 01/06/2017** che hanno conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, ai sensi della N.T. n. 7 dell'ACN del 29/07/2009 (**Allegato C**);  
- in via subordinata, al fine di scongiurare vuoti organizzativi e gestionali, assicurare continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e non determinare interruzione di pubblico servizio, possono concorrere al conferimento di incarichi provvisori;
- d) medici in possesso, alla data di pubblicazione del presente bando, dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009 (**Allegato D**).

In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui al punto a) sarà predisposta, 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, una graduatoria contenente i nominativi dei medici **residenti nel territorio della ASL BT**, nonché una ulteriore graduatoria dei medici residenti nel territorio di altre Aziende, che sarà utilizzata solo in caso di indisponibilità di tutti i medici residenti nel territorio di competenza;

In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui al punto b), **in servizio alla data del 31/03/2012 con incarico a tempo determinato nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118, conferito ai sensi dell'ACN del 29/07/2009, ed in possesso dell'attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale**, saranno predisposti degli elenchi graduati secondo le indicazioni stabilite nella nota regionale prot. n. 9526/PATP del 04/07/2012, decise dal CPR nella seduta del 25/06/2012, ovvero:

- anzianità di servizio 118;
- a parità di anzianità la "residenza";
- voto di laurea;
- anzianità di laurea;
- minore età;

Per "anzianità di servizio" si intende quella maturata a seguito di conferimento d'incarico convenzionale

secondo l'ACN quali medici di emergenza- urgenza 118; sono esclusi i medici che hanno prestato servizio nei Pronto Soccorso e nei PPI ospedalieri.

- In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti, di cui alla lettera c), ai sensi della Norma Transitoria n. 7 ACN 29/07/2009, verranno predisposti degli elenchi separati ai sensi dei criteri recepiti nella D.D. Regionale n. 155 del 27/09/2007 ed esplicitati nella nota regionale prot. n. 9526/PATP del 04/07/2012, con priorità per i medici che non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, ovvero:
  - a. minore età al conseguimento della laurea,
  - b. voto di laurea,
  - c. anzianità di laurea,che saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui al punto a) e al punto b).
- In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui alla lettera d), che siano in possesso, **alla data di pubblicazione del presente bando**, dell'attestato d'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, sarà predisposto un elenco separato, con priorità per i medici che non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, con la seguente graduazione:
  - a. minore età al conseguimento del diploma di laurea;
  - b. voto di laurea
  - c. anzianità di laureache sarà utilizzato dopo aver scorso i tre elenchi di cui alle lettere a), b), e c).

L'Azienda si riserva inoltre di effettuare le convocazioni per gli incarichi provvisori e di sostituzione esclusivamente a mezzo PEC.

#### **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. 95419608/2010 del 18/02/2010), indirizzate al **DIRETTORE GENERALE ASL BT- VIA FORNACI, 201- 76123 ANDRIA**, devono essere redatte **esclusivamente come da modelli allegati** al presente avviso, pena esclusione.

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro 15 (quindici) giorni successivi** alla data di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, **esclusivamente**:

- **tramite consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo della ASL BT (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 ), sito ad Andria, in via Fornaci – 201 oppure**
- **a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo su indicato; fa fede la data del timbro postale accettante;**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, **pena esclusione**.

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 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 "A-B-C-D), 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:

1. cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza;
2. 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.;
3. il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
4. il possesso del Diploma di Laurea con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
5. l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
6. il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2017, con il relativo punteggio (allegato A);
7. l'anzianità di servizio maturata nel 118 (allegato B);
8. data e luogo di conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" (tutti gli allegati);
9. data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
10. tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie (allegato C);
11. 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;
12. il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso. In caso di omessa indicazione sarà tenuta in considerazione la residenza dichiarata come dal punto 1) che precede. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato, **pena esclusione**.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 39 D.P.R. n.445/2000.

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.

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

Alla domanda, i candidati devono allegare:

- copia del documento di identità in corso di validità, pena la non ammissione;
- copia o autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 del possesso dell' attestato di formazione specifica in medicina generale (solo per l'allegato C);
- copia o autocertificazione del possesso dell' attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria resa ai sensi del DPR n. 445/2000;
- Allegato "L".

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 copia 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;
- la mancata presentazione degli allegati richiesti dal bando;
- il mancato utilizzo del modello di domanda allegato al presente avviso.

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.

Per quanto altro non previsto dal presente Bando, si fa riferimento alle disposizioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale convenzionata addetti ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale

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.

Il Direttore Area Gestione del Personale  
dott. Francesco Nitti

Il Direttore Generale  
dott. Ottavio NARRACCI

ALLEGATO A)

Marca da Bollo Euro 16,00 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: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ condizione);
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Recapito Telefonico n. \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- 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 2017, di settore EST, pubblicata sul **BURP n. 64 del 01/06/2017**, nonché di aver conseguito l'Attestato d'idoneità per l'esercizio di attività medica di Emergenza Territoriale di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009, in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 31/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ Recapito

Telefonico \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma non autenticata) (\*)

(\*)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.

ALLEGATO B)

Marca da Bollo Euro 16,00 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: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
 presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ condizione) \_\_\_\_\_ ;
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Recapito Telefonico n. \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_ ;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ ;

- di concorrere, per l'inserimento negli elenchi aziendali ASL BT, ai sensi della L. R. n. 26/2006 come modificata dalla L.R. n. 7/2012, essendo in servizio a tempo determinato alla data del **31/03/2012** nel settore EST 118 presso la ASL\_\_\_\_\_ ed avendo maturato la seguente anzianità di servizio nel settore:
1. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  2. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  3. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  4. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  5. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  6. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  7. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
  8. AZIENDA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
totale mesi: \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito l'Attestato d'idoneità per l'esercizio di attività medica di emergenza territoriale di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009, in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;
- di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 31/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ Recapito

Telefonico \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma non autenticata)(\*)

(\*)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.

ALLEGATO C)

Marca da Bollo Euro 16,00 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: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ condizione);
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Recapito Telefonico n. \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_;
- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT ai sensi della norma transitoria n. 7 ACN 29/07/2009, avendo conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio delle

attività di Emergenza Sanitaria Territoriale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

- di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 31/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ Recapito

Telefonico \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma non autenticata) (\*)

(\*)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.

ALLEGATO D)

Marca da Bollo Euro 16,00 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: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ condizione) \_\_\_\_\_ ;
- di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Recapito Telefonico n. \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_ ;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ ;
- di concorrere per l'inserimento negli elenchi aziendali ASL BT in quanto in possesso, **alla data di pubblicazione del presente bando**, dell'attestato d'idoneità all'esercizio delle at-

tività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

- di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari a proprio carico;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 31/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ Recapito

Telefonico \_\_\_\_\_, Indirizzo pec \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma non autenticata) (\*)

(\*)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.

## 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"