

ASL FG

**Avviso Pubblico Guardia Medica Turistica Anno 2018**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale della ASL FG n.500 del 30 marzo 2018 è indetto un **“Avviso pubblico”** per la formazione delle graduatorie dei medici per il conferimento di incarichi provvisori non rinnovabili della durata di mesi due a decorrere **dall’01/07/2018 al 31/08/2018** al fine di costituire l’organico di Guardia Medica Turistica per l’assistenza sanitaria ai cittadini non residenti nella Regione, valevole per **l’anno 2018**.

Le domande dovranno pervenire a mezzo **raccomandata A.R.** e dovranno essere indirizzate al “Direttore Generale ASL FG della Provincia di Foggia, Viale Fortore- Cittadella dell’Economia 71121 Foggia-.o tramite **posta certificata all’indirizzo di posta elettronica: u.o.convenzioni@mailcert.aslfg.it** (farà fede la data d’invio) entro giorni 15 (quindici) dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul BURP -.

A tal fine farà fede la data del timbro dell’Ufficio Postale accettante, qualora detto giorno sia festivo il termine si intenderà prorogato al giorno successivo non festivo.

Possono partecipare all’avviso i medici individuati dagli art. 38 e 70 dell’A.C.N. del 29//07/2009 meglio specificati nell’Accordo Integrativo Regionale vigente, come di seguito riportato:

- a) medici incaricati a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL, con priorità per i medici incaricati nel Distretto dove è situata la postazione di Guardia Medica Turistica con completamento orario a 38 ore settimanali;
- b) medici incaricati a tempo determinato nell’ASL FG con le modalità di cui all’art. 70 del vigente A.C.N. con completamento orario a 38 ore settimanali per l’attività turistica;
- c) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in AA.SS.LL. limitrofe, con completamento orario fino a 38 ore settimanale;

Il rapporto giuridico/economico sarà regolamentato secondo il capo III° dell’A.C.N. del 29/07/2009 in materia di Continuità Assistenziale.

I medici inseriti nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per l’anno 2018, pubblicata sul BURP n.144 del 21/12/2017, saranno graduati secondo l’ordine espresso dalla stessa, mentre i medici non inclusi nella predetta graduatoria saranno graduati secondo i criteri di :

**minore età, voto di laurea, anzianità di laurea.**

**I medici incaricati, oltre a eseguire visite ambulatoriali e domiciliari e interventi di pronto soccorso ambulatoriale, dovranno rilasciare prescrizioni farmaceutiche, richiedere indagini specialistiche, formulare proposte di ricovero e rilasciare certificati di malattia; si precisa che per l’espletamento di detta attività, ai Sanitari in servizio, non è previsto il rimborso dell’indennità di uso auto. E’ previsto altresì, che per i cittadini non residenti nella Regione Puglia si applica quanto previsto al comma 4 dell’art.37 dell’A.I.R. vigente.**

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla U.O. Personale Convenzionato tel. 0881/884735- 0881/884784

VITO PIAZZOLLA  
IL DIRETTORE GENERALE

Allegato "C"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 DPR 445 DEL 28/12/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (Prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000.

**DICHIARA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**IL DICHIARANTE**

Al sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità dichiarante, all'ufficio competente: via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Al Direttore Generale ASL FG**  
**U.O. Personale Convenzionato**  
**Viale Fortore c/o Cittadella dell'Economia**  
**71121 FOGGIA**

**Oggetto: Graduatorie per l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori nel Servizio di Guardia Medica Turistica anno 2018.**

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
con voto \_\_\_\_\_/110, iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cod. ENPAM \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di concorrere per il conferimento degli incarichi di sostituzione nel Servizio di Guardia Medica Turistica ASL FG, **a tal fine Dichiaro:**

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL FG a far data dal \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto nella graduatoria Regionale definitiva di medicina generale valevole per l'anno 2018 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere incaricato in qualità di sostituto nel servizio di Continuità Assistenziale ai sensi dell'art.70, del vigente ACN con completamento orario fino a 38 ore settimanali;
- di essere iscritto al Corso di Specializzazione e/o di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Frequenza Corso di Formazione	SI	NO
Frequenza Corso di Specializzazione	SI	NO
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, nel servizio di Continuità Assistenziale in AA.SS.LL. limitrofe con completamento orario fino a 38 ore settimanali.

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma per esteso