

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