

ASL BA

Avviso pubblico per gli incarichi di reperibilità nella Continuità Assistenziale.

E' indetto avviso pubblico per la formazione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL BA, ai sensi dell' art. 71 dell'ACN del 29/7/2009 e art 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008 ed al regolamento aziendale di C.A.

Possono dare la loro disponibilità ad effettuare turni di reperibilità, non coperti dai medici ex art 63 e 70 dell' ACN 29/7/2009, i medici:

- A) inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2018 di cui al BURP n. 9 del 18/1/2018 con priorità per quelli residenti nella ASL BA ;**
- B) che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale ma non inseriti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2018 di cui alla norma transitoria n. 4 dell' ACN 29/7/2009, con priorità per quelli residenti nella ASL BA;**
- C) che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 giusta norma finale n 5 dell' ACN del 29/7/2009, con priorità per quelli residenti nella ASL BA;**
- D) medici frequentanti il Corso Triennale di Formazione in Medicina Generale, con priorità per quelli residenti nella ASL BA;**
- E) medici frequentanti scuole di specializzazione, con priorità per quelli residenti nella ASL BA**

Gli aspiranti di cui alla lett. A) saranno graduati secondo la posizione nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2018;

Gli aspiranti di cui alle lett. B)-C)-D)-E) saranno graduati, prioritariamente in base alla residenza aziendale e secondo quanto dispone la norma transitoria n. 4 ACN 29/07/2009.

La domanda dovrà essere correttamente compilata in ogni sua parte (come da FAC SIMILE). Pertanto l'incompleta o errata compilazione della stessa sarà motivo di esclusione.

Tutti gli aspiranti, entro 15 gg dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP, possono presentare apposita domanda in carta semplice, corredata da fotocopia di un valido documento di identità e dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000: dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, posizione e punteggio in graduatoria regionale di settore, data e voto di laurea, data di conseguimento dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, PEC obbligatoria, come da FAC-SIMILI allegati;

Ogni aspirante dovrà esprimere nella domanda di partecipazione, a pena di esclusione, una sola opzione in alla scelta del distretto in cui intende garantire la reperibilità domiciliare.

A tale riguardo, si riportano qui di seguito i distretti della ASL BA:

| | |
|--------|-------------------------|
| Dist.1 | Molfetta- Giovinazzo |
| Dist 2 | Corato- Ruvo-Terlizzi |
| Dist 3 | Bitonto -Palo del Colle |

| | |
|-------------------------|--|
| Dist 4 | Altamura- Gravina-Santeramo-Poggiorsini |
| Dist 5 | Grumo-Acquaviva- Cassano-Binetto-Sannicandro-Toritto |
| Distretto Unico di Bari | |
| Dist 9 | Modugno- Bitetto-Bitritto |
| Dist 10 | Triggiano-Adelfia-Cellamare- Capurso-Valenzano |
| Dist 11 | Mola-Noicattaro-Rutigliano |
| Dist 12 | Conversano- Polignano- Monopoli |
| Dist 13 | Gioia-Turi-Casamassima- Sammichele |
| Dist 14 | Putignano- Noci- Alberobello-Castellana-Locorotondo |

Per ogni distretto sarà costituito un contingente minimo proporzionato alle sedi che insistono nel distretto.

Nel caso di opzioni in esubero rispetto al contingente gli aspiranti saranno iscritti d'ufficio ad altro distretto appartenente alla ASL BA, nel rispetto della residenza dei singoli aspiranti e del distretto confinante

Le istanze, redatte come da FAC-SIMILI allegati, devono essere inviate, a pena di esclusione, a mezzo PEC al seguente indirizzo di posta elettronica agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all' ACN 29/9/2009 ed ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia. Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste alla sig.ra Di Turi Maria: - Via Lungomare Starita n. 6- 70123- BARI Tel: 080/5842314.

Si invitano i signori medici, per la presentazione delle domande, ad utilizzare esclusivamente gli allegati del presente bando.

Il Direttore Generale
Vito Montanaro

ALL.A) Per gli inclusi in graduatoria regionale anno 2018

ASL BA

U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO S.S.

N _____

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

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____
n. _____ Recapito Telefonico _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;
- d) Di essere incluso al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2018, pubblicata sul BURP n. 9 del 18/01/2018;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.B) per chi possiede l'ATTESTATO DI FORMAZIONE
Norna transitoria n. 4 ACN 29/7/2009

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. _____

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

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____
Recapito Telefonico _____, PEC obbligatoria _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;
- d) Di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale presso la ASL _____ in data _____ e di non essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale anno 2018;
- e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato presso _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.C) per i soli ABILITATI

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. _____;

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

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____
Recapito Telefonico _____, PEC obbligatoria _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;
- d) Di aver acquisito l'Abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e precisamente in
data _____ con voto _____;
- e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato presso _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.D) per i TIROCINANTI MEDICINA GENERALE

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N. _____;

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

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____
Recapito Telefonico _____, PEC obbligatoria _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;
- d) Di frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale triennio _____ presso la ASL _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.E) per gli SPECIALIZZANDI

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO S.S.

N. _____.

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

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____ n. _____
Recapito Telefonico _____, PEC obbligatoria _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ Università di _____ con voto _____;
- d) Di frequentare la scuola di Specializzazione in _____;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile