

ASL TA

Avviso Pubblico per n. 120 partecipanti alla VII Edizione del Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale.

In esecuzione della Deliberazione D.G. 1559 del 19/06/2019 è indetto Avviso Pubblico per n. 120 partecipanti alla VII Edizione del Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale, come previsto dall'art. 96 dell'ACN 2009, non modificato dall'ACN 2018.

1) REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono presentare domanda, ai sensi dell'art. 96 dell'ACN, all'Avviso in argomento:

- I medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nella Azienda Sanitaria di Taranto;
- I medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL TA;
- I medici titolari di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
- I medici residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
- I medici non residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
- In via subordinata, possono presentare domanda i medici abilitati all'esercizio della professione, iscritti all'Albo professionale e non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con esclusione dei medici frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale e le Scuole di Specializzazione.

3) DOMANDE DI AMMISSIONE

I medici interessati alla inclusione nella graduatoria per l'ammissione al corso devono inviare apposita domanda in carta semplice che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità.

La domanda di ammissione, indirizzata al Direttore Generale della ASL TA – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va Personale Convenzionato e PAC - Viale Virgilio, 31- 74121 Taranto, deve essere presentata, entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, mediante invio, in applicazione della L.150/2009 e con le modalità di cui alla circolare del Dip. Funzione Pubblica n. 12/2010, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it.

La validità della domanda di partecipazione è subordinata, pena esclusione, all'utilizzo da parte del candidato, di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale e nominativo. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria. L'invio deve avvenire in un'unica spedizione (non superiore a 20 MB), con i seguenti allegati esclusivamente in formato PDF: domanda di partecipazione e fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. Le domande e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D. Lgs. 235/2010 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da eventuali disguidi tecnici/informatici, dovuti all'invio tramite pec, non imputabili a colpa dell'amministrazione, che si dovessero verificare da parte del server.

Le domande dovranno essere inviate entro e non oltre le ore 23,59 del giorno di scadenza indicato nell'art. 3 del presente Avviso. Il termine per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e, pertanto, le domande di partecipazione, nonché la documentazione richiesta, devono pervenire, a pena di esclusione, entro il termine sopraindicato, anche nel caso in cui lo stesso scada in un giorno festivo. Si precisa che

l'eventuale riserva di invio successivo di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso sarà priva di effetto e la domanda carente dei dati richiesti dal presente Avviso sarà esclusa.

4) REDAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente come da fac-simili allegati al presente Avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema fac-simile saranno escluse.

Gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, i recapiti telefonici, il proprio indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, il voto e l'anzianità di laurea, la data di iscrizione all'Albo Professionale, nonché tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precario, svolte alla data di scadenza del presente Avviso.

5) GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande saranno graduate secondo il seguente ordine:

1. medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale residenti nell'Azienda Sanitaria di Taranto;
2. medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL TA;
3. medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale in altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
4. medici residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
5. medici non residenti nella ASL TA inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
6. medici abilitati, iscritti all'Albo professionale non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL di Taranto, con esclusione dei medici frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale e le Scuole di Specializzazione.

Le domande saranno graduate secondo i criteri stabiliti dall'art. 96 dell'ACN nonché dalle disposizioni regionali in materia.

Le domande di cui ai punti 1, 2 e 3 saranno graduate secondo l'anzianità di servizio e, a parità, secondo la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Le domande di cui ai punti 4 e 5 saranno graduate secondo il punteggio acquisito nella graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL di Taranto.

Le domande di cui al punto 5 saranno graduate secondo i criteri individuati dalla Norma Transitoria n. 7 dell'ACN: minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Per le domande di cui al punto 5, saranno redatte due graduatorie, di cui una, prioritaria, per i medici residenti nel territorio della ASL TA e l'altra per i medici residenti del territorio di altre Aziende.

I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande.

6) QUOTA DI ISCRIZIONE

È prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLS, PBLSD, ALS, ecc.). Tale quota ammonta ad € 1.220,00 comprensiva di IVA al 22%.

Al fine di consentire a questa ASL la regolare emissione della fattura elettronica, i medici interessati a partecipare al Corso, entro e non oltre 7 giorni dalla notifica della Deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio della ASL TA, visionabile anche sul sito internet della ASL TA e prima di effettuare il suddetto versamento di € 1.220,00, dovranno comunicare, a mezzo pec, all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata della S.S.D. Formazione di questa ASL, formazione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it, la propria

volontà di partecipare al Corso, dettagliando i propri dati anagrafici, il recapito telefonico, il codice fiscale e, per coloro che ne sono in possesso, la partita IVA ed il Codice Univoco Destinatario per l'emissione della fattura elettronica.

La S.S.D. Formazione, dopo aver ricevuto tali comunicazioni, invierà tutti i dati all'Area Gestione Risorse Finanziarie, la quale procederà ai consequenziali adempimenti di propria competenza.

La quota prevista dovrà essere versata, pena decadenza, in un'unica soluzione, entro e non oltre 10 giorni dalla suddetta notifica della pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria, con le seguenti modalità: bonifico su c/c bancario indirizzato alla Azienda Sanitaria Locale di Taranto – Viale Virgilio n. 31 – 74121 TARANTO. Causale: Iscrizione al Corso di Formazione SET 118 - Anno 2019. Codice IBAN: IT32S0103015801000000706982. Entro lo stesso termine perentorio, dovrà essere inviata copia della ricevuta del suddetto bonifico all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata della S.S.D. Formazione di questa ASL: **formazione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it** .

Sarà cura del medico interessato ed inserito nella graduatoria rispettare il termine di n. 10 giorni sopraindicati. La pubblicazione della Deliberazione di approvazione della graduatoria all'Albo Pretorio sul sito aziendale sarà notificata, a cura della SSD Formazione di questa ASL, a mezzo di posta elettronica certificata, a tutti i medici che avranno presentato valida domanda di partecipazione e, dalla data di notifica della pubblicazione della suddetta Deliberazione di approvazione, decorre il termine perentorio dei 10 giorni entro cui i medici interessati dovranno effettuare il versamento, pena decadenza dalla graduatoria.

Decorsi i predetti 10 giorni, la S.S.D. Formazione di questa ASL, dopo aver acquisito le copie delle ricevute dei versamenti inviati a mezzo pec, procederà a redigere la Deliberazione di approvazione dei medici ammessi al Corso, nonché ad adempiere alle procedure di convocazione.

All'uopo, si precisa che il Corso inizierà entro 30 giorni dalla pubblicazione della deliberazione di approvazione dell'elenco dei medici ammessi alla frequenza e si svolgerà secondo la calendarizzazione predisposta dal Direttore dello stesso. I corsisti riceveranno al proprio indirizzo PEC il calendario delle lezioni.

In merito alla citata quota di iscrizione, si evidenzia che, qualora il medico, dopo aver conseguito l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, accetti il conferimento di un incarico in convenzione a tempo determinato nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale di questa ASL e permanga in servizio nel suddetto incarico per un periodo di almeno 3 anni, la stessa sarà restituita in busta paga; al riguardo, si precisa che i 3 anni devono considerarsi di effettivo servizio e che, dal computo dei 3 anni, dovranno escludersi i periodi di assenza dovuti a ferie, malattia, astensioni e/o sospensioni di qualsiasi natura. La quota sarà altresì restituita su richiesta degli interessati, nel caso di ritiro dal corso entro e non oltre la prima settimana dalla data di avvio delle lezioni.

7) PROCEDURE DI CONVOCAZIONE

Le procedure di convocazione e tutte le comunicazioni inerenti al presente Avviso saranno effettuate **solo ed esclusivamente** tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 28/01/2009).

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata ricezione delle comunicazioni inerenti al presente Avviso, dovuta ad un malfunzionamento del servizio di posta elettronica certificata del destinatario è a carico dello stesso ed esonera questa ASL da qualsiasi obbligo di reinvio delle stesse comunicazioni. 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.

8) RINVIO

Per quanto non previsto nel presente avviso, nonché per il trattamento giuridico ed economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia.

La partecipazione al presente avviso implica l'accettazione di tutte le sue disposizioni.

9) PRIVACY

I dati forniti dai partecipanti al presente avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

10) CAUSE DI ESCLUSIONE

Sono cause di esclusione:

- l'invio della domanda di partecipazione mediante una modalità diversa da quella indicata nel punto 3) del presente Avviso;
- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente Avviso;
- la presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- la mancata indicazione, nella domanda, di almeno uno dei requisiti di partecipazione di cui al punto 2) del presente Avviso;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale e nominativo di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso;
- la mancata indicazione della data di iscrizione all'Albo Professionale;
- l'eventuale riserva di invio successivo di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie o difforni dallo schema fac-simile allegato al presente Avviso.

11) INFORMAZIONI

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso e non contenuta nello stesso, potrà essere richiesta alla ASL TA – Area Gestione del Personale – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo e Gestione Amm.va Personale Convenzionato e PAC, Viale Virgilio, 31, 3° piano – Taranto – Dott.ssa Tiziana Adami – Tel. n. 099.7786781, nei seguenti orari: dal lunedì al mercoledì dalle ore 12:00 alle ore 13:00.

Ogni ulteriore informazione, relativa alle procedure di convocazione ed allo svolgimento del Corso, potrà essere richiesta alla S.S.D. Formazione via Bruno, 1 – Padiglione Vinci – Taranto - Tel. 099.4585346 - 952 - 458 - 414 – Mail: formazione@asl.taranto.it .

IL DIRETTORE GENERALE
AVV. Stefano ROSSI

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e PAC
VIALE VIRGILIO, 31
74121 TARANTO**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per n. 120 partecipanti alla VII Edizione del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione, per la formulazione di apposite graduatorie per l'ammissione alla VII Edizione del Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA, così come segue (1):

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____, Stato civile: _____;
- b) di risiedere nel Comune di _____ CAP _____ alla Via _____ n. _____ Telefono cellulare n. _____ Telefono fisso n. _____ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata _____;
- c) di avere il seguente domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza): Comune _____ Cap _____ Via _____ n. _____;
- d) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, in data _____, con voto di laurea _____ Università di _____;

- e) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- f) di concorrere al predetto avviso perché in possesso di uno dei seguenti requisiti:
- medico titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale residente nell'Azienda Sanitaria di Taranto;
 - medico titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale residente nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL TA;
 - medico titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale nelle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
 - medico residente nella ASL TA incluso/a al n._____, con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
 - medico non residente nella ASL TA incluso/a al n._____, con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
 - medico abilitato all'esercizio della professione dal _____ non incluso nella graduatoria regionale della Regione Puglia per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2018, come rettificata con nota pubblicata sul BURP n. 140 del 31/10/2018;
- g) di frequentare/non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale **(1)**;
- h) di frequentare/non frequentare alcuna Scuola di Specializzazione **(1)**;

- i) di detenere/non detenere **(1)** alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto _____;
- j) di avere/non avere **(1)** procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;
- k) di essere/non essere in possesso della seguente partita IVA:
_____;
- l) di essere/non essere in possesso del seguente Codice Univoco Destinatario per l'emissione della fattura elettronica:
_____;
- m) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto del D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di identità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia effettuata **solo ed esclusivamente** al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata:**

Il/La sottoscritto/a 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 formalmente, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda risponde a verità.

(data)

(firma)

(1) Lasciare leggibile l'ipotesi che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.