

ASL FG

Avviso per la formazione delle graduatorie per l'attribuzione di incarichi di pediatria di libera scelta nel progetto SCAP (Servizio Consulenza Pediatrica Ambulatoriale).

AVVISO

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1587 del 26.11.2019, si rende noto che questa Azienda per poter conferire incarichi di Pediatria di Libera Scelta nel progetto SCAP – Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale – ha necessità di formulare apposite graduatorie secondo i seguenti criteri:

Medici Pediatri non convenzionati ma iscritti in graduatoria regionale di medicina pediatrica valida alla data di pubblicazione del bando graduati secondo la somma dei punteggi dei seguenti titoli;

punteggio attribuito nella graduatoria Regione Puglia;

40 punti se residenti nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente la data di pubblicazione del bando;

10 punti se residente nell'azienda da almeno 2 anni antecedente la data del bando;

a parità di punteggio prevale il più giovane di età anagrafica.

In subordine i Pediatri di L. S. non inseriti in graduatoria regionale per la medicina pediatrica graduati secondo l'anzianità di specializzazione;

a parità di anzianità prevale il più giovane di età anagrafica;

inoltre, in base a quanto previsto dall'ACN pubblicato il 21.06.2019, potranno presentare domanda di inserimento in graduatoria SCAP, i medici che conseguiranno il diploma di specializzazione in data successiva al termine di presentazione della domanda di inclusione, e comunque entro il 31/12/2019 e **saranno graduati alla minore età al conseguimento della laurea.**

A tal fine, i medici Pediatri di L. S. interessati all'attribuzione degli incarichi nel progetto SCAP possono avanzare apposita domanda in carta semplice indirizzata al Direttore Generale ASL FG – U.O. Personale Convenzionato Via Michele Protano, 13 "Cittadella dell'Economia" 71121 Foggia come da fac-simile allegato.

Si precisa, inoltre, che gli incarichi saranno attribuiti ai Pediatri che non abbiano in atto, al momento del conferimento, nessuna incompatibilità prevista dall'art. 17 del vigente ACN e che non siano titolari di pensione a qualsiasi titolo.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto degli artt. 9, 10 e 11 della L. n.675 del 31/12/1996 e successive modifiche ed integrazioni.

La domanda dovrà essere inviata con Raccomandata A.R. o consegnata a mano presso gli uffici del protocollo generale della ASL FG, in Via Michele Protano, 13 entro il Termine di giorni **15 (quindici) a decorrere dal giorno successivo la pubblicazione sul BURP del presente Avviso corredata da un valido documento di riconoscimento**, la firma sulla stessa non necessita di autentica.

Per ulteriori informazioni contattare il Responsabile del procedimento Sig. Gaetano Maiorano, U.O. Personale Convenzionato, al numero telefonico 0881/884736.

DIRETTORE GENERALE
Dr. Vito PIAZZOLLA

AL DIRETTORE GENERALE ASL FG
Via Michele Protano, 13 "Cittadella dell'Economia"
All'U.O. Convenzioni
71121 FOGGIA

Oggetto: Graduatorie per l'attribuzione di incarichi di P.L.S.
nel Progetto SCAP (Servizio Consulenza Pediatrica Ambulatoriale).

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____

Il _____ con voti _____/110 abilitato nella _____ sessione in data _____

Specializzato in Pediatria presso l'Università di _____ con voti _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ in data _____

al numero _____ codice ENPAM _____

CHIEDE

Di partecipare all'assegnazione degli incarichi di Pediatria per il progetto SCAP per la seguente categoria:

- Pediatra di L. S. iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Pediatrica valida per l'anno 2019 ed inserito al posto n° _____ con punti _____;
- Pediatra non inserito nella graduatoria regionale ma in possesso della specializzazione e dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale per la medicina pediatrica;
- Medici che conseguiranno il diploma di specializzazione in data successiva al termine di presentazione della domanda di inclusione, e comunque entro il 31/12/2019.

Indirizzo presso il quale si intende ricevere eventuali comunicazioni:

Via _____ n° _____ Comune _____ Cap _____ Cell. _____

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione alla trattazione di tutti i dati elencati nella presente dichiarazione nel rispetto degli art. 9, 10 e 11 della legge 31/12/1996 n. 675 e successive modifiche ed integrazioni.

Qualora Ella intende avvalersi dell'Istituto dell'autocertificazione, dovrà allegare copia di un valido documento di riconoscimento.

Data _____

Firma per esteso