

ASL FG

Avviso pubblico per la formazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi temporanei e di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale della ASL FG n.729 del 27/05/2020 è indetto un **"Avviso pubblico"** per la formazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi temporanei e di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale ai sensi dell'art.70, art.15, dell'ACN per la medicina generale del 29/07/2009 integrato in data 21/06/2018.

Possono partecipare al presente avviso secondo il seguente ordine di priorità:

- a) I medici iscritti nella graduatoria regionale unica definitiva per le attività di medicina generale valevole per l'anno 2020, secondo l'ordine di punteggio;
- b) I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs.17/08/1999 n.368 e successive modifiche e integrazioni, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Qualora non fosse possibile garantire il servizio per mancanza di medici disponibili presenti in graduatoria, di cui ai punti a) e b), ai titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in servizio nella ASL FG, saranno assegnate ulteriori ore sino alla concorrenza delle 38 ore settimanali (AIR del 18/01/2008);

Ai sensi dell'art.19, comma 11, della L. 28/dicembre 2001, n.448, per il solo affidamento di sostituzione:

- c) I medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
 - d) I medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato;
 - e) I medici iscritti ai corsi di specializzazione;
- per i medici di cui ai punti c), d), e), saranno predisposti elenchi utilizzabili secondo il criterio dello scorrimento, ed in presenza di obiettive difficoltà di organizzazione del servizio.

I medici interessati di cui ai punti a, b, c, d, e, possono inviare apposita **domanda** di partecipazione **in bollo**, che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità, indirizzata al Direttore Generale dell'ASL FG - Ufficio Convenzioni Servizio Continuità Assistenziale, Via Michele Protano,13 c/o Cittadella dell' Economia, Foggia, a mezzo **Raccomandata a.r.** ;

Consegnate a mano presso gli Uffici del Protocollo Generale della ASL FG, in via Michele Protano,13 c/o Cittadella dell'Economia - Foggia;

Tramite posta certificata al seguente indirizzo :

cont.assistenziale@mailcert.aslfg.it

La mancanza del documento di identità comporta esclusione. Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente secondo lo schema allegato al presente avviso e consegnate entro le ore dodici (12) del quindicesimo (15°) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia; Se il termine scade in un giorno festivo, è prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

Gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, a pena di esclusione, la cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, la data e il voto di laurea, data di abilitazione e iscrizione all'albo, di non aver subito condanne penali e di non aver carichi pendenti, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva innanzi richiamata con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precarie (compresi i corsi di formazione e specializzazione) come da Fac-simile allegato.

Tutti i dati che l'amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto del D.lgs. 196/2003.

Le domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore valevole per l'anno 2020 saranno inserite sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'ASL di Foggia (art.70 co.4 ACN del 29/07/2009), integrato in data 21/06/2018;

Le domande presentate dai medici in possesso del corso di formazione specifico in medicina generale, saranno inserite in appositi e separati elenchi, graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del **diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea**, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL di Foggia, che verranno utilizzati solo dopo aver escusso la graduatoria degli aspiranti di cui alla lettera a). Qualora non fosse possibile garantire il servizio per mancanza di medici disponibili presenti in graduatoria, di cui ai punti a) e b), ai titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in servizio nella ASL FG, saranno assegnate, in via provvisoria, ulteriori ore sino alla concorrenza delle 38 ore settimanali (AIR del 18/01/2008);

Le domande presentate dai medici che frequentano il corso di formazione in medicina generale avranno priorità di chiamata rispetto ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, e che non detengano alcun rapporto di lavoro pubblico o privato, o ai medici che frequentano i corsi di specializzazione.

I medici di cui sopra saranno graduati nell'ordine della **minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea**, con priorità di chiamata per i medici residenti nel territorio della ASL di Foggia.

Ai sensi della Legge 448/2001, art.19, comma 11, qualora non fosse possibile esperire le procedure di cui art.70 comma 4 e 5, al solo fine di garantire il servizio si potranno incaricare, per non più di 3 (tre) mesi l'anno, medici non presenti nella graduatoria regionale vigente, nei casi di carente disponibilità. Gli stessi saranno utilizzati solamente in caso di necessità, o per mancanza di medici inseriti negli allegati a e b.

Nelle more che venga predisposta la nuova graduatoria aziendale (che fa riferimento alla graduatoria regionale anno 2020) resterà in vigore quella vigente.

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

VITO PIAZZOLLA
DIRETTORE GENERALE

**MARCA DA
BOLLO**

**Al Direttore Generale ASL FG
U.O. Personale Convenzionato
Servizio Continuità Assistenziale
Via Michele Protano n.13 c/o Cittedella dell'Economia
71122 FOGGIA**

**Oggetto : Graduatorie per l'attribuzione di incarichi temporanei
e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale anno 2020.**

Il sottoscritto dr. _____

nato a _____ il _____ residente a _____

via _____ cod.Fiscale _____

laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il _____

con voto _____/110, cod. ENPAM _____ cell _____:

C H I E D E

di concorrere per il conferimento degli incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale ASL FG, a tal fine **dichiara:**

- a) di essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva di medicina generale valevole per **l'anno 2020** al posto n. _____ con punti _____
- b) di essere in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in medicina generale di cui al D.l.vo n.256/91, rilasciato in data _____
- c) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- d) di aver acquisito l'abilitazione professionale dopo la data del 31/12/1994;
- e) di essere iscritto al corso di specializzazione;

Indicare l'indirizzo PEC il quale intende ricevere eventuali comunicazioni :

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.

data _____

_____ firma per esteso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Io/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

cognome

luogo

sigla prov.

data

residente a _____ (_____)

comune

sigla prov.

indirizzo _____

Via/Piazza e numero civico

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data

firma del dichiarante (*)

* La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione.
 - Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.
 - Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del DPR 445/2000.