

ASL FG

Avviso Pubblico per la formazione delle graduatorie dei Medici per conferimento d'incarichi provvisori a decorrere dal 01.07.2020 al 15.09.2020 al fine di costituire l'organico di Guardia Medica Turistica.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale della ASL FG n.731 del 27/05/2020 è indetto un "Avviso pubblico" per la formazione delle graduatorie dei medici per il conferimento di incarichi provvisori a decorrere **dall'01/07/2020 al 15/09/2020** al fine di costituire l'organico di Guardia Medica Turistica per l'assistenza sanitaria ai cittadini non residenti nella Regione, valevole per **l'anno 2020**.

Le domande dovranno pervenire a mezzo **Raccomandata A.R.** e dovranno essere indirizzate al "Direttore Generale ASL FG della Provincia di Foggia, Via Michele Protano, 17 - Cittadella dell'Economia 71121 Foggia-.o tramite posta certificata all'indirizzo di posta elettronica: **cont.assistenziale@mailcert.aslfg.it**, o **Consegnate a mano presso gli Uffici del Protocollo Generale della ASL Fg via Michele Protano,13 Foggia**, farà fede la data d'invio o di presentazione della domanda, entro le ore dodici(12) del quindicesimo(15°) giorno successivo alla 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.

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 integrato in data 21/06/2018 meglio specificati nell'Accordo Integrativo Regionale:

- 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 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;

in subordine, qualora non fosse possibile con i sopracitati medici conferire gli incarichi in parola, possono partecipare all'Avviso:

- medici iscritti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020, secondo l'ordine di punteggio;
 - medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- ai sensi dell'Art.19, comma 11, della Legge 28 dicembre 2001 n.448, per il solo affidamento di sostituzione:
- medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
 - medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - medici iscritti ai corsi di specializzazione.

Il medico è tenuto ad indicare nella domanda di partecipazione la PEC personale;

Sono esclusi dal presente bando i medici già in possesso del completamento orario a 38 ore settimanali nella Continuità Assistenziale.

Il rapporto giuridico/economico sarà regolamentato secondo il capo III° dell'A.C.N. del 29/07/2009 integrato in data 21/06/2018 in materia di Continuità Assistenziale.

I medici inseriti nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2020, 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 citato al comma 4 dell'art.37 dell'A.I.R. per le attività di medicina generale.

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

VITO PIAZZOLLA
IL DIRETTORE GENERALE

MARCA
DA
BOLLO

**Al Direttore Generale ASL FG
U.O. Personale Convenzionato
Via Michele Protano, 13 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 2020.**

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 _____ cell. _____

CHIEDE

di concorrere per il conferimento degli incarichi di sostituzione nel Servizio di Guardia Medica Turistica ASL FG;

a tal fine Dichiara:

- a) di essere incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL FG nella sede di _____ dal _____;
- b) di essere incaricato a tempo determinato nell'ASL FG nella sede di _____ dal _____;
- c) di essere incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in AA.SS.LL. Limitrofe nella sede di _____ dal _____;
- d) di essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva di medicina generale valevole per l'anno 2020 al posto n. _____ con punti _____;
- e) di essere in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in medicina generale di cui al D. l. vo n.256/91, rilasciato in data _____;
- f) di essere iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale;
- g) di aver acquisito l'abilitazione professionale dopo la data del 31/12/1994;
- h) di essere iscritto al corso di specializzazione;

Indicare l'indirizzo PEC presso 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. Qualora Ella intenda avvalersi dell'istituto dell'autocertificazione, dovrà allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Data _____

firma per esteso

