

ASL TA

**Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.**

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118. In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1243 del 16/06/2020, è indetto

**AVVISO PUBBLICO**

Per la formulazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di questa ASL TARANTO, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN del 29/07/2009, della Legge Regionale n. 26 del 09/08/2006, modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 7 del 28/03/2012 e dalla Legge Regionale n. 67 del 29/12/2017 e della Norma Transitoria n. 7 dell'ACN del 29/07/2009.

Gli incarichi da assegnare saranno conferiti per MACROAREA, attesa la D.G.R. n. 2528 del 15/12/2009.

Possono concorrere al conferimento dei suddetti incarichi provvisori, nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

- A)** I medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Settore di Emergenza Sanitaria Territoriale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN 29/07/2009, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL TA;
- B)** I medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Settore di Emergenza Sanitaria Territoriale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2016, pubblicata sul BURP n. 140 del 07/12/2016, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN 29/07/2009, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL TA, giusta art. 3 della L.R. 26/2006, modificata ed integrata dalla L.R. n. 7/2012 pubblicata sul BURP n. 49 del 04/04/2012 e dalla L.R. n. 67/2017 pubblicata sul BURP n. 149 del 30/12/2017;
- C)** I medici già incaricati a tempo determinato in convenzione nel SET 118 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 del vigente ACN, giusta art. 3 della L.R. 26/2006, modificata ed integrata dalla L.R. n. 7/2012 pubblicata sul BURP n. 49 del 04/04/2012 e dalla L.R. n. 67/2017 pubblicata sul BURP n. 149 del 30/12/2017. A tal fine, gli aspiranti di cui alla lettera C) saranno graduati, in separato elenco da utilizzarsi in via residuale e ad esaurimento delle procedure stabilite dall'ACN vigente, secondo i criteri stabiliti dalla L.R. n. 67/2017, ossia nell'ordine della:
- Anzianità nel Servizio 118;
  - A parità, la residenza nel territorio della ASL di Taranto;
  - A parità, la maggiore età;
  - A parità, il voto di laurea;
  - A parità, l'anzianità di laurea.
- D)** I medici in possesso del solo attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, giusta Norma Transitoria n. 7 dell'ACN 29/07/2009. Tale allegato, sarà composto da n. 3 elenchi (D 1 – D 2 – D 3):
- **D 1)** i medici inseriti nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, che hanno conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, nella Regione Puglia, successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale (ossia dopo il 31/01/2019). Gli aspiranti saranno graduati in un separato elenco, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La

graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. AOO152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo il seguente ordine:

- Minore età al momento del conseguimento della laurea;
  - Voto di laurea;
  - Anzianità di laurea.
- **D 2)** i medici non inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, conseguito nella Regione Puglia, entrambi posseduti alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURP. A tal fine, gli aspiranti saranno graduati in un separato elenco, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. AOO152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo il seguente ordine:
    - Minore età al momento del conseguimento della laurea;
    - Voto di laurea;
    - Anzianità di laurea.
  - **D 3)** i medici non inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020, in possesso, alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURP, dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN vigente, conseguito nella Regione Puglia. A tal fine, gli aspiranti saranno graduati in un elenco separato, con priorità per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione. La graduazione avverrà, in esecuzione della nota della Regione Puglia Prot. AOO152/04LUG.2012/9526/PATP, secondo il seguente ordine:
    - Minore età al momento del conseguimento della laurea;
    - Voto di laurea;
    - Anzianità di laurea.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera A)** dovranno inviare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, posizione occupata nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2019 e relativo punteggio, come da fac-simile allegato (All. A).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso (All. n. 1);
2. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera B)** dovranno inviare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, posizione occupata nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2016 e relativo punteggio, come da fac-simile allegato (All. B).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

3. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso (All. n. 1);
4. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera C)** dovranno inviare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, come da fac-simile allegato (All. C).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento (All. n. 1);
2. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, del Servizio prestato nel SET 118, da cui risultino la sede e la decorrenza dell'incarico in convenzione a tempo determinato in atto nonché gli eventuali periodi di interruzione (All. n. 2);
3. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera D)** dovranno inviare apposita domanda in bollo da € 16,00, completa di dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e nominativo, come da fac-simile allegato (All. D).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso (All. n. 1);
2. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, attestante eventuali attività lavorative in atto e/o iscrizioni a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione; tale dichiarazione va resa anche nel caso in cui non si abbiano in atto né rapporti lavorativi né iscrizioni ai citati corsi e/o scuole (All. n. 3);
3. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui all'elenco **D 1)**, nella domanda di partecipazione, dovranno indicare anche la posizione occupata nella graduatoria regionale ed il relativo punteggio.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui all'elenco **D 2)**, in allegato alla domanda, dovranno presentare, a pena di esclusione, anche:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento (All. n. 4).

Le domande di partecipazione e la relativa documentazione allegata dovranno essere presentate entro e non oltre il termine di 15 giorni, che decorrono dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, unicamente con la seguente modalità:

- Spedizione a mezzo di Posta Elettronica Certificata, effettuata, esclusivamente a mezzo di un indirizzo pec personale e nominativo, in applicazione della L.150/2009 e con le modalità di cui alla circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 12/2010, al seguente indirizzo pec: **protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it** . Si evidenzia che le domande inviate ad un indirizzo pec diverso non saranno prese in considerazione.

Le domande dovranno essere inviate entro e non oltre il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, pena la esclusione delle stesse; pertanto, non saranno prese in considerazione le domande inviate dopo tale data. Qualora detto giorno sia festivo, il termine dei 15 giorni scade alle ore 23,59 del quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, anche nel caso in cui lo stesso sia festivo. 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. Tutti i documenti richiesti devono essere inviati in formato pdf in un unico file zip di dimensioni non superiori a 10 MB e non devono essere fotografati, ma scansionati.

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.

Il termine per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e, pertanto, la domanda di partecipazione nonché la documentazione richiesta devono essere inviate, a pena di esclusione, entro il termine sopraindicato.

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

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente secondo lo schema allegato al presente Avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema **saranno escluse**.

Si precisa che le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio, rese ai sensi del DPR 445/2000, complete di tutti gli elementi richiesti dal presente Avviso, al fine di consentire a questa ASL il controllo di quanto dichiarato nelle stesse, devono essere redatte secondo i modelli predisposti da questa ASL ed allegati al presente Avviso. Si evidenzia che è necessario compilare esclusivamente il modello di proprio interesse.

Gli incarichi provvisori saranno conferiti nel rispetto dell'art. 97 dell'ACN 29/07/2009 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi con assegnazione d'ufficio alla postazione lavorativa.

Delle domande presentate, saranno redatti tre distinti elenchi con le seguenti priorità:

- L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera A)**, secondo il seguente ordine:
  1. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2020 e residenti nel territorio della ASL TA;
  2. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2020 e non residenti nel territorio della ASL TA;
- L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla **lettera B)**, che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lettera A), secondo il seguente ordine:
  3. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2016 in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 2009, residenti nel territorio della ASL TA;
  4. Medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2016 in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 2009, non residenti nel territorio della ASL TA;
- L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera C), secondo i criteri di cui sopra, che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lettera B);
- L'elenco valido per gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui alla lettera D), secondo i criteri di cui sopra, che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lettera C). Si precisa che, nell'ambito dell'elenco di cui alla lettera D), sarà osservato il seguente ordine:
  - Elenco D 1);
  - Elenco D 2);
  - Elenco D 3).

Si precisa, inoltre, che, nell'ambito di ciascun elenco di cui alla lettera D), sarà data priorità ai medici residenti nel territorio della ASL di Taranto.

Le procedure di conferimento degli incarichi e tutte le comunicazioni inerenti al presente Avviso saranno effettuate **solo ed esclusivamente** tramite Posta Elettronica Certificata. 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.

Ai sensi dell'art. 19 comma 1 lett. c) del vigente ACN, al fine di consentire a questa ASL di garantire la continuità della assistenza sanitaria, l'eventuale recesso del medico dall'incarico conferito dovrà essere comunicato, a mezzo PEC, all'indirizzo **uoga\_perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**, con almeno due mesi di preavviso.

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 e ss.mm.ii. nonché ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia.

La ASL TA si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente Avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi protesta o diritto.

I dati forniti dai partecipanti al presente Avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sono cause di esclusione:

- l'invio della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente Avviso;
- l'invio della domanda prima della pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- 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 sottoscrizione della domanda di partecipazione;
- la mancata allegazione della fotocopia di un valido documento di identità;
- la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle indicate nel presente Avviso;
- l'eventuale riserva di invio successivo alla data di scadenza del presente Avviso 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 difformi dallo schema fac-simile allegato al presente Avviso;
- la redazione di autocertificazioni e/o di dichiarazioni sostitutive di atto notorio incomplete di tutti gli elementi richiesti dal presente Avviso, al fine di consentire a questa ASL il controllo e la valutazione di quanto dichiarato nelle stesse.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso e non indicata nello stesso, potrà essere richiesta alla ASL TA – Area Gestione del Personale – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amministrativa del Personale Convenzionato e P.A.C. – Dott.ssa Tiziana Adami – Tel. 099.7786781, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 12:00 alle ore 13:00.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Avv. Stefano ROSSI**

MARCA DA BOLLO  
DI € 16,00

## FAC SIMILE (A)

### PER GRADUATORIA REGIONALE DI SETTORE ANNO 2020

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA**  
**c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va**  
**Personale Convenzionato e P.A.C.**  
**pec: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_, in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_, inserito/a nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale di settore valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:**

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- fotocopia di valido documento 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 corrisponde a verità.

---

(data)

---

(firma)

MARCA DA BOLLO  
DI € 16,00

## FAC SIMILE (B)

### PER GRADUATORIA REGIONALE DI SETTORE ANNO 2016

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA**  
**c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va**  
**Personale Convenzionato e P.A.C.**  
**pec: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_, in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_, inserito/a nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale di settore valida per l'anno 2016, pubblicata sul BURP n. 140 del 07/12/2016, al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:**

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- fotocopia di valido documento 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 corrisponde a verità.

---

(data)

---

(firma)

MARCA DA BOLLO DI € 16,00
------------------------------

## FAC SIMILE (C)

### LEGGE REGIONALE N. 26 DEL 09/08/2006

(Modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 7 del 28/03/2012  
e dalla Legge Regionale n. 67 del 29/12/2017)

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA**  
**c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va**  
**Personale Convenzionato e P.A.C.**  
**pec: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_, voto di laurea \_\_\_\_\_ data di laurea \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_, in servizio con incarico a tempo determinato in convenzione presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA. A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di

avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva. Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:**

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, del servizio prestato nel SET 118, da cui risultino la sede e la decorrenza dell'incarico in convenzione a tempo determinato in atto nonché gli eventuali periodi di interruzione;
- fotocopia di valido documento 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 corrisponde a verità.

---

(data)

---

(firma)

MARCA DA BOLLO DI € 16,00
------------------------------

## FAC SIMILE (D)

### NORMA TRANSITORIA N. 7 ACN 29/07/2009

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA**  
**c.a. U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amm.va**  
**Personale Convenzionato e P.A.C.**  
**pec: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL TA.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_, in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_, abilitato/a all'esercizio della professione in data \_\_\_\_\_ ed iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, con riferimento all'Avviso pubblico indetto da codesta ASL indicato in oggetto e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato nel BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

#### CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori in convenzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL TA. A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti di cui **all'elenco D 1)**, in quanto inserito/a nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica

pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020, al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ ed in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_;

- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti di cui **all'elenco D 2)**, avendo conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e l'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_, ma non essendo inserito/a nella graduatoria regionale di Medicina valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020;
- di concorrere/non concorrere perchè in possesso dei requisiti di cui **all'elenco D 3)**, avendo conseguito esclusivamente l'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_ e non essendo inserito/a nella graduatoria regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019 e successiva rettifica pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020.

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009, di avere piena consapevolezza delle norme contenute nel medesimo ACN che regolamentano gli incarichi provvisori e di accettarle senza alcuna riserva.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

**Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:**

- Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di idoneità

all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento dello stesso;

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, attestante eventuali attività lavorative in atto e/o iscrizioni a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione; tale dichiarazione va resa anche nel caso in cui non si abbiano in atto né rapporti lavorativi né iscrizioni ai citati corsi e/o scuole;
- Fotocopia di valido documento di identità.

Inoltre, se in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, allega, a pena di esclusione:

1. Autocertificazione, redatta ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere in possesso dell'attestato di Formazione specifica in Medicina Generale, con indicazione della data e del luogo di conseguimento.

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 corrisponde a verità.

---

(data)

---

(firma)

ALL. N. 1

**AUTOCERTIFICAZIONE CORSO 118**

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ informato/a su quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni e consapevole delle sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

**DICHIARA,**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la ASL di \_\_\_\_\_.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
PER SERVIZIO IN CONVENZIONE NEL SET 118**

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ informato/a su quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni e consapevole delle sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, di essere in servizio nel SET 118 con incarico in convenzione a tempo determinato dal \_\_\_\_\_, presso la ASL di \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ e di aver / non aver interrotto il servizio (in caso positivo indicare il/i periodo/i di interruzione):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 3

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
PER RAPPORTI DI LAVORO E/O BORSE DI STUDIO**

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ informato/a su quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni e consapevole delle sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000,

- di detenere il seguente rapporto di lavoro (specificare la natura del rapporto – es. dipendente pubblico o privato, in convenzione, co.co.co., libero professionale, ecc.):

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- di non detenere alcun rapporto di lavoro;
- di essere titolare di borsa di studio anche inerente a corsi di formazione in medicina generale e/o a scuole di specializzazione (specificare) \_\_\_\_\_  
\_presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- di non essere titolare di alcuna borsa di studio.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

ALL. N. 4

**AUTOCERTIFICAZIONE CORSO MMG**

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ informato/a su quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni e integrazioni e consapevole delle sanzioni penali, previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.,

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, di essere in possesso dell'attestato del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

Allega fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma