

ASL TA

Avviso Pubblico per la formulazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi di medici di Medicina Pediatrica nel Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale - Progetto S.C.A.P.

AZIENDA SANITARIA LOCALE - TARANTO -

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 2456 del 27.11.2020 sono aperti i termini per la presentazione delle domande di partecipazione all'Avviso Pubblico per la formulazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi di medici di Medicina Pediatrica nel Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale - Progetto S.C.A.P. - , ai sensi della DGR n. 129 del 07.02.2017, pubblicata nel BURP n. 22 del 17.02.2017:

1) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare all'avviso in argomento, ai sensi della DGR n. 129 del 07.02.2017:

- A)** i pediatri inseriti nella Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Pediatrica valevole per l'anno 2020, pubblicata nel B.U.R.P. n. 148 del 19.12.2019;
- B)** i medici non inseriti nella graduatoria regionale ma in possesso della specializzazione e dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale;
- C)** i medici che hanno conseguito il diploma di specializzazione in data successiva al termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale anno 2020 (31.01.2019);

2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

I medici interessati alla inclusione nella graduatoria di cui al presente Avviso devono inviare apposita domanda in bollo da Euro 16,00 che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità, pena la non ammissione.

Le domande di partecipazione dovranno essere inviate entro e non oltre il termine di 10 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: **perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it** Si evidenzia che le domande inviate ad un indirizzo pec diverso e prive della marca da bollo non saranno prese in considerazione.

Le domande dovranno essere inviate entro e non oltre il decimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo on line della ASL di Taranto, 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 10 giorni scade alle ore 23,59 del decimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo on line della ASL di Taranto, 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 e/o da un indirizzo pec di terze persone e/o di aziende. Tutti i documenti richiesti (domanda di partecipazione e fotocopia del documento di identità) 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 è perentorio e, pertanto, la domanda di partecipazione,

corredata dalla fotocopia del documento di identità, deve essere inviata, 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**.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, datata e firmata, 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, il possesso dei seguenti requisiti:

- a) cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza, recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica certificata (P.E.C.);
- b) il possesso del Diploma di Laurea con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
- c) il possesso del diploma di Specializzazione in pediatria;
- d) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Pediatria valevole alla data di scadenza del bando, con il relativo punteggio;
- e) di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'A.C.N. per la pediatria di famiglia;
- f) dichiarazione delle attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precario, svolte alla data di scadenza del presente Avviso;
- g) dichiarazione di residenza di almeno 2 anni nella Regione Puglia e nel Comune di residenza;
- j) dichiarazione di eventuale partecipazione al Progetto S.C.A.P. in altre ASL della Regione Puglia;
- k) il possesso di un'adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico;
- l) il consenso, ai sensi del D. lgs. n. 196/03, alla ASL TA al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso da parte degli aventi diritto;

3) OBBLIGHI DEI PARTECIPANTI

È obbligo dei partecipanti all'Avviso pubblico comunicare immediatamente, a mezzo pec, all'indirizzo perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it, qualsiasi variazione dovesse intervenire dopo la scadenza dei termini di partecipazione al presente Avviso, in riferimento ad eventuali rapporti di lavoro dipendente pubblico e/o privato, e a quant'altro dichiarato nella domanda di partecipazione, ai fini della valutazione di eventuali situazioni di incompatibilità sopravvenute e/o della durata dell'incarico.

Il mancato rispetto di tale obbligo comporta l'immediata decadenza dall'incarico eventualmente conferito.

4) GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Delle domande presentate dai medici Pediatri sarà predisposta una graduatoria sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente ottenuto dalla somma dei seguenti titoli:

- Punteggio attribuito nella Graduatoria Regione Puglia;
- Residenza nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedenti al bando – 40 punti;
- Residenza nella Asl Ta da almeno 2 anni antecedenti al bando – 10 punti;
- A parità di punteggio prevale il più giovane di età anagrafica;
- I pediatri non inseriti in graduatoria regionale, di cui ai punti B) e C), saranno utilizzati in subordine ai Pediatri già inseriti in graduatoria e saranno graduati secondo l'anzianità di specializzazione, a parità di anzianità prevale l'età anagrafica più giovane.

Si specifica che, ai sensi della DGR n. 129 del 07.02.2017:

- i Pediatri al momento della sottoscrizione del contratto decadono automaticamente dalle altre graduatorie, tenuto conto che la partecipazione al progetto è previsto per una sola ASL all'interno della Regione;
- tutti gli aspiranti al momento della sottoscrizione del contratto non devono versare in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN per la pediatria;
- sono altresì incompatibili con il progetto SCAP i pediatri titolari di pensione a qualsiasi titolo;

- il medico pediatra, al momento dell'accettazione dell'incarico, deve essere in possesso di un'adeguata polizza RC professionale.

5) PROCEDURE DI CONVOCAZIONE E DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Le procedure di convocazione e di conferimento degli incarichi e tutte le comunicazioni inerenti il 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 illegibile. 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 rinvio 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.

6) 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 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.

7) 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.

8) CAUSE DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivo di esclusione:

- il mancato possesso di uno o più requisiti sia generali che specifici richiesti per l'ammissione;
- la mancata sottoscrizione della domanda;
- la mancata fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando;
- 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 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 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.

9) INFORMAZIONI

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta alla ASL TA – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gest. Ruoli e Gest. Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C., Viale Virgilio, 31, 3° piano – Taranto – Tel. 099- 7786192-3.

IL DIRETTORE GENERALE
AVV. Stefano ROSSI

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

MARCA
 DA BOLLO
 DI € 16,00

OGGETTO: Domanda di adesione per medici specialisti Pediatri al progetto S.C.A.P. (Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale) -anno 2021 -

Il sottoscritto dr. _____ nato a _____ Prov. _____
 il _____ residente a _____ Prov. _____ Via _____
 n. _____ c.a.p. _____ Tel. _____ indirizzo P.
 E.C. _____ chiede di partecipare al Progetto S.C.A.P. (Servizio di
 Consulenza Ambulatoriale Pediatrica) ASL TA, per l'anno 2021

A tal fine dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, (barrare le caselle interessate):

- Di essere in possesso del diploma di Laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____;
- Di aver conseguito il diploma di specializzazione in Pediatria in data _____ con voto _____;
- Di aver conseguito il diploma di specializzazione in Pediatria in data _____ successiva al termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale anno 2020, con voto _____ (allega attestazione);
- Di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva di medicina pediatrica valevole per l'anno 2020 pubblicata nel B.U.R.P. n. 148 del 19.12.2019, al posto n. _____ con punti _____;
- Di non essere inserito nella graduatoria regionale definitiva di medicina pediatrica valevole per l'anno 2020;
- Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso;
- Di svolgere altre attività (indicare le attività svolte, a qualsiasi titolo, alla data del bando):

- Di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni;
- Di essere residente nel Comune di _____ da almeno 2 anni;
- Di non aver presentato istanza di partecipazione al Progetto S.C.A.P. in altre ASL della Regione Puglia;
- Di aver presentato istanza di partecipazione al Progetto S.C.A.P. in altre ASL della Regione Puglia (indicare le sedi) _____;

- Di disporre di adeguata polizza RC professionale;
- Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto dell'accettazione dell'incarico;

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

-Fotocopia del documento di identità in corso di validità.

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** (*scrivere in modo chiaro e leggibile*):

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.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto del D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

(data)

(firma)