

ASL BT

Avviso pubblico per la selezione di Pediatri di Libera Scelta - Progetto SCAP anno 2024.

In esecuzione della Deliberazione della Direttrice Generale ASL BT n. 1585 del 26.09.2023 , è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposite graduatorie di medici pediatri valide per il conferimento di incarichi libero professionale per il Progetto SCAP, Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale, della ASL BT per le sedi dei seguenti Presidi Ospedalieri:

P. O. ANDRIA
P.O. BARLETTA
P.O. BISCEGLIE
P.O. CANOSA
P.O. TRANI

Hanno titolo a partecipare al presente avviso pubblico:

- a) I medici pediatri che hanno già aderito al Progetto SCAP negli anni precedenti.
- b) I medici pediatri convenzionati esclusivamente con l'ASL BT.
- c) I medici pediatri iscritti nella graduatoria regionale pediatrica valida alla data del bando.
In subordine:
 - d) In assenza di pediatri già inseriti in graduatoria, i medici pediatri non inseriti nella graduatoria regionale anno 2023 ma in possesso della specializzazione in pediatria e dei requisiti per l'iscrizione in Graduatoria Regionale (iscrizione all'Albo Professionale e diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti)
 - e) In assenza di candidature di medici specializzati e PLS convenzionati, i medici specializzandi che acquisiranno il titolo di specializzazione successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda, ma comunque entro il 31/12/2023. Gli aspiranti nella domanda dovranno dichiarare sotto forma di autocertificazione che acquisiranno il titolo entro il 31/12/2023.

I medici pediatri di cui alla lettera a) si intendono tacitamente rinnovati al progetto SCAP 2022 così come stabilito dalla DGR n. 129 del 07/02/2017.

I medici pediatri di cui alla lettera b) saranno inseriti nel progetto SCAP a domanda secondo l'anzianità di iscrizione negli elenchi dei PLS convenzionati.

I medici di cui alla lett. c), pediatri iscritti in graduatoria regionale 2023, saranno graduati in base ai criteri previsti dal progetto SCAP allegato alla D.G.R. 129 del 07.02.2017, sommando il punteggio dei seguenti titoli:

- a. Punteggio attribuito nella graduatoria Regionale Puglia;
- b. Residenza nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente al bando 40 punti;
- c. Residenza nella Azienda BT da almeno 2 anni antecedente al bando – 10 punti;

A parità di punteggio, prevale il più giovane di età anagrafica.

I medici pediatri di cui alla lettera d), ossia quelli non inseriti nella graduatoria regionale 2023, che saranno utilizzati in subordine a quelli della lett c) saranno graduati secondo l'anzianità di specializzazione.

A parità di anzianità di specializzazione, prevale l'età anagrafica più giovane.

I medici pediatri di cui alla lettera e), ossia gli specializzandi che acquisiranno il titolo di specializzazione

successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda, ma comunque entro il 31/12/2023, che saranno utilizzati in subordine a quelli specializzati e convenzionati, saranno graduati sulla base della minore età, così come previsto dalla nota regionale prot. n. AOO-138/13735 del 27/10/2022.

È incompatibile la partecipazione al progetto da parte dei medici in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 ACN 28/04/2022 ad eccezione dei medici che ricoprono incarichi provvisori ai sensi dell'art. 37 ACN 28/04/2022.

È altresì incompatibile la partecipazione al progetto da parte dei medici che fruiscono di trattamenti di pensione.

I pediatri riceveranno un compenso pari a € 90,00 lordo per ogni ora di lavoro svolto, in aderenza alle tariffe minime previste per analoga attività per carico di lavoro.

I compensi verranno corrisposti mensilmente entro il 30 giorno successivo a quello di presentazione di fattura per i medici di cui alla lett. c), d) ed e).

Per i medici di cui alla lett. a) e b) i compensi, non assoggettati a Enpam ma assoggettati a IRPEF, saranno corrisposti con la mensilità del mese successivo.

Il medico pediatra, al momento della sottoscrizione dell'incarico, deve essere in possesso di un'adeguata polizza assicurativa RC professionale, tenuto conto che il servizio in questione, si configura come attività libero professionale, e non configura nessun tipo di instaurazione di rapporto seppur convenzionale, con il SSR. Per detta attività il medico pediatra non convenzionato dovrà emettere mensilmente regolare fattura nei confronti della ASL BT.

L'aspirante avente titolo può presentare domanda in tutte le AA.SS.LL, circostanza quest'ultima che dev'essere dichiarata al momento della domanda, sotto forma di autocertificazione, e non costituisce motivo di esclusione. Al momento dell'accettazione dell'incarico, il candidato decade automaticamente dalle altre graduatorie appositamente costituite per il progetto SCAP".

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte con bollo da € 16,00 (come previsto da parere espresso dalla Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate, prot. n. 954-19608/2010 del 18/02/2010), secondo gli schemi allegati al presente bando, indirizzate alla **DIRETTRICE GENERALE ASL BT – Via Fornaci 201 Andria (BT)**, devono essere inoltrate, pena esclusione, entro il 15° giorno successivo a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, scegliendo esclusivamente una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, tramite il servizio postale a: **Direttrice Generale dell'ASL BT – Via Fornaci 201 – 76123 Andria (BT)**, in tal caso all'esterno della busta deve essere indicato il mittente e deve essere riportata la dicitura "**DOMANDA AVVISO SCAP ANNO 2024**". La data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante;
- consegnate direttamente, entro il termine fissato dal bando, all'Ufficio Protocollo dell'ASL BT Via Fornaci 201 – 76123 Andria (piano terra aperto da lunedì al venerdì dalle 11:30 alle ore 13:00 e il martedì e giovedì dalle ore 16:00 alle ore 17:00).

È esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, pena la non ammissione.

Il termine per la presentazione della domanda ove cada in giorno festivo, viene prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi o caso fortuito o forza maggiore che comportino il ritardo nella presentazione della domanda rispetto al

termine previsto nel presente bando.

Le istanze che perverranno prima della pubblicazione del presente bando sul BURP non saranno prese in considerazione e saranno archiviate senza alcuna comunicazione ulteriore agli interessati, in quanto il presente bando costituisce a tutti gli effetti notifiche nei confronti degli interessati.

La domanda redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento valido di identità, contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, del luogo di residenza, dell'indirizzo, del recapito telefonico, della PEC personale, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva pediatrica con il relativo punteggio, l'anzianità di specializzazione.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta, a pena di esclusione, utilizzando esclusivamente facsimile allegato al presente avviso. Si precisa che la domanda incompleta o comunque redatta in difformità del facsimile allegato sarà esclusa.

Costituisce motivo di esclusione l'arrivo della domanda oltre il termine perentorio previsto nel presente bando.

Delle domande presentate saranno predisposte quattro (4) graduatorie distinte sulla base dei criteri innanzi specificati.

Le graduatorie aziendali saranno pubblicate sul sito aziendale.

L'ASL BT 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 pretesa o diritto.

I dati personali forniti dai partecipanti verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato o illeggibile. 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.

La ASL BT si riserva la facoltà di effettuare le convocazioni per il conferimento degli incarichi libero professionali esclusivamente a mezzo posta certificata.

Per quanto non previsto nel presente avviso, si rinvia a quanto previsto dalle linee guida delle D.G.R. n.129/2017 e n. 979/2017 ed alla normativa di cui all'A.CN. 28.04.2022 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia per le parti compatibili.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta presso l'U.O.S.V.D. "Ass.Mob.Conc./Pers.Conv." – Via Fornaci 201 – Andria – recapito telefonico: 0883.299738.

La Dirigente Responsabile U.O.S.V.D.
"Ass.Mob.Conc./Pers.Conv."
(Dott.ssa Elena TARANTINI)

La Direttrice Generale
(Dott.ssa Tiziana DIMATTEO)

Marca da Bollo
Euro 16,00
Parere Agenzia delle
Entrate - Prot.n.954-
19608/2010 del
18/02/2010

Progetto SCAP anno 2024- ASL BT

Alla Direttrice Generale ASL BT
Via Fornaci 201
76123 Andria BT

DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI GIA' CONVENZIONATI

Il sottoscritto dott..... nato a
.....il.....e residente in.....(.....)
alla via..... n..... tel. indirizzo PEC
..... Medico Chirurgo con specializzazione in
Pediatria, conseguita presso l'Università di.....in data.....

CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BT anno 2024.
A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:
di essere pediatra di libera scelta convenzionato con l'ASL BT a far data dal.....
Comune di
Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà
perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....
Luogo data

FIRMA

.....

Marca da Bollo
Euro 16,00
Parere Agenzia delle
Entrate - Prot.n.954-
19608/2010 del
18/02/2010

Progetto SCAP anno 2024 – ASL BT

Alla Direttrice Generale ASL BT
Via Fornaci 201
76123 Andria BT

DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI INSERITI GRADUATORIA REGIONALE 2022

Il sottoscritto dott..... nato a
.....il.....e residente in.....(.....)
alla via..... n..... tel. indirizzo PEC
..... Medico Chirurgo con specializzazione in
Pediatria, conseguita presso l'Università di.....in data.....

CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BT anno 2024.
A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 (barrare le caselle che interessano):

<input type="checkbox"/> Di essere inserito nella graduatoria regionale pediatrica valevole per l'anno 2023 pubblicata sul BURP n. 135 del 15.12.2022 posizione.....punti.....
<input type="checkbox"/> Di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedenti al bando ossia dal.....
<input type="checkbox"/> Di essere residente nel territorio dell'ASL BT da almeno 2 anni antecedenti al bando nel Comune di.....ossia dal.....
<input type="checkbox"/> Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando e le stesse devono cessare all'atto della sottoscrizione dell'incarico
<input type="checkbox"/> Di disporre di adeguata polizza RC professionale
<input type="checkbox"/> Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico
<input type="checkbox"/> Di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale diritto di accesso

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....

.....

Luogo

data

FIRMA

.....

Marca da Bollo Euro 16,00 Parere Agenzia delle Entrate - Prot.n.954- 19608/2010 del 18/02/2010

Progetto SCAP anno 2024- ASL BT

Alla Direttrice Generale ASL BT
 Via Fornaci 201
 76123 Andria BT

DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI NON INSERITI GRADUATORIA REG.LE 2023

Il sottoscritto dott..... nato a
il.....e residente in.....(.....)
 alla via..... n..... tel. indirizzo PEC
 Medico Chirurgo con specializzazione in
 Pediatria, conseguita presso l'Università di.....in data.....

CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BT anno 2024.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 (barrare le caselle che interessano):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Di non essere inserito nella graduatoria regionale pediatrica valevole per l'anno 2023 pubblicata sul BURP n. 135 del 15.12.2022. |
| <input type="checkbox"/> | Di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....conseguito.....c/o..... |
| <input type="checkbox"/> | Di essere residente nel territorio dell'ASL BT da almeno 2 anni antecedenti al bando nel Comune di.....ossia dal..... |
| <input type="checkbox"/> | Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando e le stesse devono cessare all'atto della sottoscrizione dell'incarico |
| <input type="checkbox"/> | Di disporre di adeguata polizza RC professionale |
| <input type="checkbox"/> | Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico |
| <input type="checkbox"/> | Di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale diritto di accesso |

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....

.....

Luogo

data

FIRMA

.....

Marca da Bollo Euro 16,00 <i>Parere Agenzia delle Entrate - Prot.n.954- 19608/2010 del 18/02/2010</i>
--

Progetto SCAP anno 2024 – ASL BT

Alla Direttrice Generale ASL BT
 Via Fornaci 201
 76123 Andria BT

DOMANDA DI ADESIONE PER GLI SPECIALIZZANDI CHE ACQUISIRANNO IL TITOLO DI
 SPECIALIZZAZIONE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DI SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE
 DELLA DOMANDA, MA ENTRO IL 31.12.2023

Il sottoscritto dott..... nato a
il.....e residente in.....(.....)
 alla via..... n..... tel. indirizzo PEC
 Medico Chirurgo con specializzazione in
 Pediatria, conseguita presso l'Università di.....in data.....

CHIEDE

di partecipare al progetto di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) dell'ASL BT anno 2024.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000 (barrare le caselle che interessano):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Di essere specializzando che acquisirà il titolo di specializzazione successivamente alla data della scadenza della presentazione della domanda, ma entro il 31/12/2023. |
| <input type="checkbox"/> | Di acquisire il titolo di specializzazione entro il 31/12/2023. |
| <input type="checkbox"/> | Di essere residente nel territorio dell'ASL BT da almeno 2 anni antecedenti al bando nel Comune di.....ossia dal..... |
| <input type="checkbox"/> | Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando e le stesse devono cessare all'atto della sottoscrizione dell'incarico |
| <input type="checkbox"/> | Di disporre di adeguata polizza RC professionale |
| <input type="checkbox"/> | Di impegnarsi a stipulare adeguata polizza RC professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico |
| <input type="checkbox"/> | Di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.lgs 196/2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale diritto di accesso |

Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità in corso di validità.

.....

.....

Luogo

data

FIRMA

.....