

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARIA DI MEDICINA SPECIALISTICA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I
MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 24 AIR 2023

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI

Lungomare Starita n. 6 - 70132 Bari
agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it

DISTRETTO	COMUNE	DISPONIBILITA'	CARENZE	PROVVEDIMENTO
DSS n. 13	Gioia del Colle	01/01/2025	1	Verbale Comitato Regionale del 11/11/2024

Ai sensi dell' art. 32, ACN del 28/04/2022 *"possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:*

- a) *per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.";*

I pediatri di libera scelta, già inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, possono concorrere per trasferimento a condizione che siano iscritti in un ambito di scelta di provenienza diverso da quello per il quale concorrono.

- b) *"per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;*
- c) *i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l'anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali;*
- d) *i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4".*

Ai sensi dell'art. 32, co.6, *"I pediatri di cui al comma 5, lett. a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1."*

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai criteri ripotati al comma 7) lett. a), b) e c) dell' art. 32 dell'ACN 28/04/2022.

I pediatri di cui alla lettera d) sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettera a), b) e c) sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Si precisa che il calcolo del requisito dell'anzianità (2 o 4 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (11/11/2024).

Gli aspiranti, entro 20 giorni decorrenti dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul BURP, presentano alla Azienda Sanitaria Locale competente territorialmente, apposita domanda di assegnazione di incarico per l'ambito territoriale carente pubblicato. La domanda dovrà essere inviata in modalità telematica a mezzo PEC all'indirizzo inserito nella tabella di seguito riportata, utilizzando esclusivamente la modulistica allegata al presente bando, pena la non ammissibilità della domanda.

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata ed accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000)
2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

Inoltre, al momento dell'invio della domanda il Pediatra di Libera Scelta deve avere provveduto all'assolvimento dell'imposta di bollo, pari ad € 16,00, applicando ed annullando la marca da bollo sulla domanda scansionata.

AZIENDA	Indirizzo PEC
ASL BARI	agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori, pena esclusione. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile (ore 24:00 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). E' onere del candidato verificare l'effettiva ricezione della domanda, da parte delle AA.SS.LL, attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna", rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi aziendali.

Il candidato è tenuto altresì a verificare l'effettiva leggibilità della documentazione trasmessa.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R n. 445/2000, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante alla data di presentazione della domanda, l'assenza di rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione ed altre eventuali situazioni di incompatibilità nonché la sussistenza di eventuali periodi di sospensione.

Le eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 3, dell'art. 20, ACN 28/04/2022.

La graduatoria delle domande degli aspiranti dovrà essere effettuata in conformità ai criteri di cui all' art. 32 ACN del 28/04/2022.

L'interpello degli aspiranti aventi titolo dovrà avvenire nel rispetto dei criteri di cui al comma 11 del art. 32 ACN del 28/04/2022.

Ai sensi dell'Art. 32 co. 15 ACN 28/04/2022 "la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o, in assenza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno."

Il Funzionario Istruttore

Gianluca Ranieri

Il Responsabile E.Q.

Emanuele Carbonara

Il Dirigente del Servizio SGAO

Vito Carbone

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA

(PER TRASFERIMENTO lett. A o B art. 32 co. 5 ACN 28/04/2022)

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il
c.f. tel. residente in
Prov. alla via CAP residente nel territorio della
Regione Puglia dal con incarico in atto c/o ASL Comune di dal

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. B) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. A) ACN 28/04/2022, di risultare titolare di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dichiaro altresì di provenire da un ambito di scelta diverso da quello per il quale si concorre.

- di esser residente a _____ dal _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. B) ACN 28/04/2022, di risultare già iscritto da almeno 4 (quattro) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

- di esser residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.32, comma V, lett. A o B ACN 28/04/2022 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica.

Allegati n: _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo PEC: _____

data: _____

firma per esteso _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
(PER GRADUATORIA lett. C Art. 32 co. 5 ACN 28/04/2022)

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il
c.f. tel. residente in
Prov. alla via CAP residente nel territorio della
Regione Puglia dal inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta
valevole per l'anno al posto n. con punteggio pubblicata sul BURP
n. del

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. C) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti ai sensi dell'art. 32 comma VII lett. b) ACN 28/04/2022, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di _____ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di esser residente a _____ dal _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti ai sensi dell'art. 32 comma VII lett. c) ACN 28/04/2022, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di esser residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 32 comma V, lett. c), ACN 28/04/2022

Allegati n:

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo PEC:

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA

(*pediatri che hanno conseguito il diploma di specializzazione o discipline equipollenti tab. B del D.M 30/01/98 dopo il
15/09/2023*)

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il
c.f. tel. residente in
Prov. alla via CAP residente nel territorio della
Regione Puglia dal e laureato in data presso l'Università all'età di
anni, con voto di laurea

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica
Pediatria del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica
Pediatria, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. ____ Zona carente: _____ ASL _____

In osservanza a quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, è consapevole di poter accedere alla assegnazione, in subordine
agli aventi diritto per trasferimento e per graduatoria.

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione;
- diploma di specializzazione di pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M 30/01/98
e s.m.i o autocertificazione del titolo;

- autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 32, comma V, lett. d), ACN 28/04/2022;
- documento di riconoscimento.

Allegati n:

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo PEC:

data:

firma per esteso

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**(dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)**

Il sottoscritto Dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n.....

iscritto all'Albo dei.....

della Provincia di.....

ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000.

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro
- Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°.....scelte e con n°.....scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di
Azienda.....
Periodo: dal
3. essere/non essere (1) titolare di incarico come pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°.....scelte
Periodo: dal
4. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....
6. essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica), a tempo indeterminato o a tempo determinato, o nella emergenza sanitaria territoriale, a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione
o in altra Regione (2): A.S.L..... ore sett.....
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
7. essere/non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto leg.vo n °256/91 o a corso di specializzazione, di cui al Decreto leg.vo n °257/91 e

corrispondenti norme di cui al Decreto leg.vo n °368/99
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge
 Inizio: dal

8. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art.8 quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
 Organismo..... ore sett.....
 Via..... Comune di
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
 Organismo..... ore sett.....
 Via..... Comune di
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
10. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:
 Azienda..... ore sett.....
 Via..... Comune di.....
 Periodo: dal.....
11. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 A.S.L. Comune di.....
 Periodo: dal.....
12. avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

 Periodo: dal
13. essere/non essere(1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare /non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale

14. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal.....
15. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

.....
.....
Periodo: dal.....

16. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:
Azienda Comune
ore sett. Tipo di attività
..... Periodo: dal.....

17. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa
attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare
quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai
rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):
Soggetto pubblico.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....

18. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)
.....
.....
Periodo: dal.....

19. fruire/non fruire (1) del trattamento di trattamento pensionistico da parte di altri fondi
pensionistici differenti da quelli di cui al punto 14
soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....
.....
Pensionato: dal.....

20. essere/non essere(1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale
come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003,
conseguito il presso la Regione
triennio

NOTE :
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ Firma _____

- (1) - cancellare la parte che non interessa
- (2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000. Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la copia del documento di riconoscimento.