

ASL BR

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA PROGETTO SCAP

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 2404 del 22/09/2025, è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposita graduatoria, ad integrazione degli elenchi approvati con precedenti deliberazioni aziendali, di medici pediatri valida per il conferimento di incarichi libero professionale per la partecipazione al Progetto SCAP, Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale, della ASL di Brindisi per le sedi di Brindisi, Francavilla Fontana ed Ostuni (nei periodi a maggiore affluenza) ubicate in adiacenza ai Pronto Soccorso, secondo le linee guida approvate con D.G.R.129 del 7/2/2017 e s.m.i..

L'accettazione dell'incarico è previsto per una sola ASL all'interno della Regione e comporta automaticamente la decadenza dalle altre graduatorie appositamente costituite per il progetto SCAP.

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento:

- a) i medici pediatri convenzionati esclusivamente con la ASL di Brindisi;
- b) i medici pediatri iscritti nella graduatoria regionale pediatrica valida alla data del bando;
- c) in subordine, medici pediatri non inseriti in graduatoria regionale ma in possesso della specializzazione e dei requisiti per l'iscrizione in Graduatoria Regionale;

Hanno altresì titolo a partecipare al presente procedimento, ai sensi della di nota della Regione Puglia prot. 476154 del 04.09.2025, i medici specializzandi che acquisiranno il titolo di specializzazione entro il 31.01.2026, i quali saranno graduati in separato elenco sulla base della minore età, da utilizzarsi in subordine in assenza di candidature di altri soggetti aventi titolo

I medici interessati all'inclusione nella graduatoria e/o in separato elenco, dovranno inviare istanza a mezzo raccomandata A/R, a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it, oppure consegnata pro manibus all'ufficio protocollo, indirizzata al Direttore Generale dell'ASL Brindisi - via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi, entro e non oltre il quindicesimo giorno da quello successivo alla pubblicazione del presente avviso sul BURP. Non saranno considerate valide le istanze pervenute successivamente al detto termine, non rilevando l'eventuale data di accettazione da parte dell'ufficio postale.

Gli aspiranti al momento della sottoscrizione del contratto non devono versare in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art.20 del vigente ACN della pediatria di Libera Scelta.

Sono altresì incompatibili con il progetto SCAP i pediatri titolari di pensione a qualsiasi titolo.

La domanda, in **bollo da Euro 16,00**, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento di identità, contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, del luogo di residenza, dell'indirizzo, del recapito telefonico, della PEC personale, da riportare in maniera chiara e leggibile, l'eventuale titolarità di incarico e numero di assistiti, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva pediatrica con il relativo punteggio, anzianità di specializzazione.

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente come da fac-simile allegato al presente avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema saranno escluse.

Le domande presentate dai medici pediatri iscritti in graduatoria regionale saranno graduate in base ai criteri

previsti dal progetto SCAP allegato alla DGR 129 del 7 febbraio 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 ASL da almeno 2 anni antecedente al bando – 10 punti;

I medici pediatri non inseriti nella graduatoria regionale saranno graduati secondo l'anzianità di specializzazione, a parità di anzianità prevale l'età anagrafica più giovane.

I medici titolari di incarico di pediatria di libera scelta presso la Asl di Brindisi saranno graduati con priorità riferita al minor numero di assistiti in carico .

I Medici specializzandi saranno graduati sulla base della minore età.

I dati personali forniti dai concorrenti, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dalla legge 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni e integrazioni.

Le procedure di consultazione saranno esperite 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 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.

Per quanto non previsto nel presente avviso, si rinvia a quanto previsto dalle linee guida di alla D.G.R.129 del 7/2/2017 ed alla normativa di cui all'A.C.N. ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia per le parti compatibili.

L'ASL Brindisi si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando preclusi ai concorrenti partecipanti qualsiasi protesta o diritto.

Sono cause di esclusione:

- l'arrivo al protocollo generale dell'ASL della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente avviso;
- 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 menzionati nel presente avviso;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso;
- l'eventuale riserva di invio successivo di documenti o qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda, pervenuta successivamente 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.

Il trattamento economico per tutti i medici incaricati sarà quello previsto dal progetto SCAP allegato alla DGR 129 del 7 febbraio 2017 e s.m.i..

In caso di impossibilità a presentarsi il giorno della convocazione i medici interessati potranno inviare, entro e non oltre le ore 14.00 del giorno precedente alla stessa, tramite PEC all'indirizzo protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it, apposita comunicazione di accettazione, con indicazione delle

sedi di interesse indicate secondo l'ordine di preferenza, impegnandosi a presentarsi, entro i due giorni successivi alla data di convocazione, per la regolarizzazione dell'accettazione. In caso di mancata conferma dell'accettazione nei modi predetti tali accettazioni verranno considerate nulle. Non saranno considerate valide eventuali deleghe se non per comprovate e documentate motivazioni di impossibilità a presentarsi.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta presso gli uffici dell'Unità Operativa Gestione Amministrativa del Personale Convenzionato - via Napoli n. 8 - Brindisi, e-mail convenzioni@asl.brindisi.it, tel. 0831.536744/742.

Il Direttore Generale
(Dr. Maurizio De Nuccio)

BOLLO

Al Direttore Generale ASL BR
protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO : Progetto SCAP .

DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

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 BR anno 2026

A tal fine dichiara (barrare le caselle interessate) :

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Di essere iscritto alla graduatoria regionale pediatrica valevole alla data del suddetto bando al numero con punti |
| <input type="checkbox"/> Di essere residente nella Regione Puglia da almeno 2 anni |
| <input type="checkbox"/> Di essere residente nel territorio della ASL BR da almeno 2 anni nel comune di |
| <input type="checkbox"/> Di essere Pediatra di famiglia convenzionato nella ASL BR nel comune di con numero di assistiti in carico alla data della pubblicazione del bando. |
| <input type="checkbox"/> Di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso |
| <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 essere iscritto al corso di Specializzazione in pediatria il cui conseguimento del titolo è previsto entro il |

La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D. Lgs n.445/2000.
Qualsiasi dichiarazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà perseguito a norma di legge.

Si allega alla presente Documento di Identità.

luogo

data

FIRMA