

ASL BA

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) e nei PPIT AIR.

E' indetto avviso pubblico per la formazione di apposite graduatorie valide per il conferimento di incarichi provvisori **nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 e nei PPIT AIR di questa ASL BA**, ai sensi dell' art. 97 dell'ACN del 29/7/2009, della Legge regionale n. 7 del 28/3/2012 e della norma transitoria n. 7 dell'ACN 29/7/2009.

Il presente bando viene redatto in conformità alla nota regionale prot. n. 9526 del 4/7/2012 sulla scorta delle determinazioni del Comitato Permanente Regionale del 25/6/2012.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

A) I medici inseriti nella graduatoria regionale di SETTORE emergenza sanitaria territoriale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 di cui al BURP n. 5 del 21/1/2016 in possesso dell'attestato (li idoneità di cui all'art 96 dell'ACN 29/7/2009 con priorità per quelli residenti nel territorio della AZIENDA BA. (ALL A)

B) I medici di cui alla L.R. n 26/06 modificata ed integrata con L.R. 7/2012, già incaricati a tempo determinato ed in servizio alla data del 31/3/2012 nonché in possesso dell'attestato di idoneità di cui all' art 96 dell'ACN vigente. L'attestato di idoneità deve essere posseduto alla data di pubblicazione del presente bando (ALL B).

La graduazione avverrà nell'ordine di:

- Anzianità nel servizio 118
- A parità di anzianità la " residenza nell'Azienda"
- Voto di laurea
- Anzianità di laurea
- Minore età

C) I medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale pubblicata sul BURP n. 175 del 24/12/2014 che hanno conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio della emergenza sanitaria territoriale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale (ossia dopo il 31/1/2014) L'attestato di idoneità deve essere posseduto alla data di pubblicazione del presente bando

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett C) saranno graduati in un elenco separato, con priorità per i Medici che non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione. La graduazione avverrà nell'ordine (**norma transitoria 7 ACN 29/7/2009**):

- della minore età al conseguimento del diploma di laurea
- del voto di laurea
- della anzianità di laurea.

Gli aspiranti di cui alla lettera A), entro 15 gg dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda in carta semplice , corredata da fotocopia di un valido documento di identità ,debitamente sottoscritta, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale , relativo punteggio e PEC OBBLIGATORIA come da FAC-SIMILE allegato (A).

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

1. certificato di residenza o dichiarazione sostitutiva della certificazione di residenza ai sensi della legge n. 445/2000, che dovrà essere prodotta solo dai medici residenti nel territorio di questa Azienda;
2. Fotocopia di valido documento di identità

Gli aspiranti di cui alla lettera B), entro 15 gg, dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda in carta semplice , corredata da fotocopia di un valido documento di identità ,debitamente sottoscritta, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale , relativo punteggio e PEC OBBLIGATORIA come da FAC-SIMILE allegato(B).

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

- 1) Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale o autocertificazione di essere in possesso dell'attestato ai sensi della legge n. 445/2000 specificando la data di conseguimento;
- 2) Attestato o autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 di servizio al 31/3/2012 nel SET 118 con l'indicazione della decorrenza dell'incarico a tempo determinato in atto e la natura convenzionale dell'incarico conferito;
- 3) Fotocopia di valido documento di identità

Gli aspiranti di cui alla lettera C), entro 15 gg. dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda in carta semplice , corredata da fotocopia di un valido documento di identità ,debitamente sottoscritta, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale , relativo punteggio e PEC OBBLIGATORIA come da FAC SIMILE allegato (C). In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare **a pena di esclusione:**

- 1) attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale o autocertificazione di essere in possesso dell'attestato ai sensi della legge n. 445/2000 specificando la data di conseguimento;
- 2) dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante eventuali attività lavorative in atto di lavoro dipendente pubblico o privato , borse di studio in genere anche inerenti a corsi di specializzazione. (la dichiarazione va resa anche nel caso in cui non si abbiano in atto nè rapporti lavorativi di dipendenza nè borse di studio)
- 3) Fotocopia di valido documento di identità

Le istanze, redatte, come da FAC-SiMILI allegati, devono essere indirizzate : ASL BA- AGRUUGAPC —Via Lungomare Starita 6- Bari ed inviate **a pena di esclusione :**

- a mezzo posta certificata al seguente indirizzo: agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it;

Si intendono prodotte in tempo utile le domande pervenute entro le ore 14.00 del termine stabilito per la presentazione.

Gli incarichi provvisori, saranno conferiti nel rispetto dell'art 97 dell'ACN 29/7/2009 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi. L'incarico cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato

Delle domande presentate, saranno redatti TRE distinti elenchi con la seguente priorità:

- quello valido per gli aspiranti della lett A) secondo il seguente ordine:
medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2015 e residenti nel territorio della Azienda;
medici inseriti nella graduatoria regionale di settore 2015 e non residenti nel territorio della Azienda;
- quello valido per gli aspiranti della lett B) redatto secondo i criteri di cui sopra , che verrà utilizzato dopo aver escusso l'elenco di cui alla lett. A).
- quello valido per gli aspiranti della lett C) redatto secondo i criteri di cui sopra , che verrà utilizzato dopo aver escusso gli elenchi di cui alle lettere A e B).

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/7/2009 ed ai relativi accordi regionali vigenti in materia.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a:Responsabile:U.O. GAPC dott.ssa Anna Maria Quaranta- Via Lungomare Starita n. 6 (70123 - BARI -) - Tel : 080/5842552

Si invitano i signori medici, per la presentazione delle domande, ad utilizzare esclusivamente gli allegati del presente bando.

IL DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE
DOTT. FRANCESCO LIPPOLIS

IL DIRETTORE GENERALE ASL BA
DOTT. VITO MONTANARO

AII. (A)**PER GRADUATORIA****Spett.le ASL BA -U.O. G.A.P.C.**

Lungomare Starita n. 6

70123 B a r i

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____

PEC OBBLIGATORIA _____ inserito nella
graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2015, pubblicata sul
BURP n. 5 del 21/1/2016 al posto n. _____ con punti _____ in possesso
dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza territoriale conseguito in
data _____ presso la ASL _____ con
riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta ASL e del quale dichiara di avere
piena conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n _____
del _____

CHIEDE

A) **Di essere** inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il
conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria
territoriale (118) e nei PPIT AIR di questa AZIENDA ASL
BA.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute
nell'ACN del 29/7/2009 che regolamentano gli incarichi PROVVISORI

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Autocertificazione della residenza solo per i medici residenti
- Copia documento valido di identità

Data _____

Firma _____

ALL (B)
Legge Regionale n. 26/2006
Modificata ed integrata dalla legge regionale n. 7 del 28/3/2012

Spett.le ASL BA - U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita n. 6
70100 Bari

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____
PEC _____ OBBLIGATORIA _____ voto di
laurea _____ data di laurea _____ in possesso dell'attestato di idoneità
di emergenza sanitaria conseguito il _____ presso la ASL
_____ in servizio con incarico provvisorio a tempo determinato a far data dal
_____ presso _____
con riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta ASL e del quale dichiara di avere piena
conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n _____ del _____

C H I E D E

- A) **Di essere** inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il
conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria
territoriale (118) e nei PPIT AIR di questa Azienda ASL BA.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del
23/3/2005 che regolamentano gli incarichi di sostituzione.

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale o
autocertificazione ai sensi della l. 445/2000.
 Attestato o autocertificazione ai sensi della l. 445/2000 di servizio dal quale risulti di essere in
servizio alla data del 31/3/2012 con l'indicazione della decorrenza dell'incarico a tempo
determinato
 Copia documento valido di identità

Data _____ Firma _____

(ALL. C)**Norma transitoria 7 ACN 29/7/2009****Spett.le ASL BA - U.O. G.A.P.C.**

Lungomare Starita n. 6

70123 B a r i

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____

PEC OBBLIGATORIA _____ inserito
nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2015, pubblicata
sul BURP n. 5 del 21/1/2016 al posto n. _____ con
punti _____ in possesso dell'attestato di idoneità di
emergenza sanitaria conseguito il _____ presso la ASL
_____ voto di laurea _____ data di laurea _____ con
riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta ASL e del quale dichiara di avere piena
conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n. _____ del _____

C H I E D E

A) **Di essere** inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il
conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria
territoriale (118) e nei PPIT AIR di questa ASL BA

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute
nell'ACN del 23/3/2005s.m.i che regolamentano gli incarichi di sostituzione.

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio
- Attestato o autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 di idoneità
all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento valido di identità

Data _____

Firma _____