

PROT. N. 9613 DEL 17/01/2024
Pubblicazione Info Web
Scadenza: 22 febbraio 2024
ore 20
23/1/2024

IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE
Dott.ssa Barbara GARNERO


AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di graduatorie di Specialisti Ambulatoriali interni, Veterinari e professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato ed all'affidamento di sostituzione. Anno 2024.

Visto l'art. 19 comma 12 A.C.N. 31/03/2020 s.m.i. che stabilisce requisiti, domande e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento a cui è demandato anche di pubblicare sul sito istituzionale, per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici e Psicologi) e disciplina le modalità di formazione delle graduatorie aziendali per il conferimento degli incarichi temporanei e di sostituzione nell'attività svolta da Specialisti, Veterinari e Professionisti graduati secondo il seguente ordine di priorità:

1. Iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
2. Specialisti, Veterinari e Professionisti in possesso di requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

In riferimento al punto 1, l'art. 19 comma 10 fa riferimento alla graduatoria regionale valida per l'anno 2024 (domande presentate entro il 31/01/2023).

In riferimento al punto 2, l'art. 19 comma 4, si specifica quanto di seguito riportato:

"Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 27, comma 1) lettera H) ed L) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:

1. *cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni imposte dalle leggi vigenti;*
2. *iscrizione all'Albo professionale;*
3. *diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;*
4. *diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.*

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina della psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina della psicoterapia. La certificazione attestante quanto previsto dall'art. 1, comma 522 della Legge 30 dicembre 2018 n. 145, è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di cure palliative.

I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria".

Le domande di ammissione all'Avviso non dovranno essere redatte in bollo e dovranno essere presentate secondo la modulistica allegata (Allegato 1 e 2) e trasmesse unitamente alla documentazione ad esse allegata, entro il 30° giorno dalla pubblicazione del bando sul sito aziendale con modalità telematica al seguente indirizzo di mail: specialisticainterna.convenzioni@asl.lecce.it

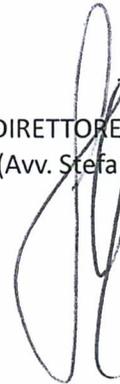
Ai fini del conferimento degli incarichi di cui al presente Avviso, l'ASL Lecce si riserva di contattare i medici disponibili sempre secondo l'ordine di graduatoria, a mezzo mail/pec.

Si applicano le norme in materia di dichiarazioni sostitutive e di semplificazioni delle domande di ammissione agli impieghi di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 .

IL DIRIGENTE U.O.S.
(Dr. Salvatore Maschio)



IL DIRETTORE GENERALE
(Avv. Stefano Rossi)



Allegato n° 1

SPETTILE
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
U.O. GESTIONE PERSONALE
CONVENZIONATO
Viale Don Minzoni n.8
73100 Lecce

OGGETTO: *Domanda di partecipazione all'Avviso per la predisposizione di Graduatorie di Specialisti, Veterinari e Professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato e all'affidamento di sostituzione. -*

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a il _____ a _____ (Prov.) _____
C.F. _____, tel./cell. _____
e-mail _____
PEC _____

N.B. : E' OBBLIGATORIO ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' - pena esclusione -.

CHIEDE

di partecipare all'Avviso in oggetto, pubblicato sul sito istituzionale in data _____, con scadenza _____, a valere per l'anno 2023 relativamente all'ambito zonale Lecce nel cui territorio intende ottenere l'incarico provvisorio, a tempo determinato o l'affidamento di sostituzione.
(N.B. : Dovrà essere presentata UNA DOMANDA PER OGNI SINGOLA BRANCA O DISCIPLINA nella quale lo specialista, veterinario o professionista chiede di essere incluso) in qualità di :

- medico specialista ed odontoiatra : branca di _____
- medico veterinario (Branca) _____
- professionista biologo ;
- professionista chimico;
- professionista psicologo;
- professionista psicoterapeuta

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i. (mettere una X sull'opzione A o B)

- a) di essere iscritto/a nella Graduatoria regionale valida per l'anno 2023 (domande presentate entro il 31/01/2023), con punteggio _____;
- b) di essere in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19, che saranno graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea e, pertanto, si acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria in oggetto (Allegato 2).

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento d'identità.

DATA _____

FIRMA per esteso _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
 (prov.....)il.....M_F_Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzon.....Cap.....
 telefono.....
 PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso

affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* _____);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* _____ *e la misura dell'indennità percepita* _____).

NOTE (3)

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.