ASL BARI - REGISTRO GENERALE - Protocollo n° 156861/2023 del 20/12/2023

ASL Bari PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

AZIENDA SEDE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' (Biologi, Chimici, Psicologi)

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

PROTOCOLLO USCITA
Trasmissione esclusivamente in modalità telematica ai sensi del D. L.gs n.ro 82/2005
Sostituisce l'originale

Oggetto: Modalità presentazione domanda inserimento graduatoria regionale specialistica ambulatoriale interna convenzionata valevole per l'ANNO 2025

CON IL PRESENTE AVVISO SI COMUNICA, A TUTTI GLI INTERESSATI ALL'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA, CHE LE DOMANDE DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE, CORREDATE DI MARCA DA BOLLO DA €16,00, DOVRANNO ESSERE INVIATE ALLA MAIL PEC: comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it. DALL'01 AL 31 GENNAIO 2024 DAI SOLI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BARI.

I RESIDENTI FUORI REGIONE DEVONO INVIARE LA PROPRIA DOMANDA DI INSERIMENTO SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AD UNO DEI COMITATI ZONALI DELLA REGIONE PUGLIA.

COLORO I QUALI SCEGLIERANNO DI INVIARE LA PROPRIA DOMANDA AL COMITATO ZONALE AFFERENTE ALLA ASL BA DOVRANNO INVIARE QUEST'ULTIMA ALL'INDIRIZZO PEC SOPRA CITATO

NON SARANNO ACCETTATE DOMANDE CONSEGNATE A MANO O INVIATE TRAMITE RACC.A/R.

SI COGLIE L'OCCASIONE PER PRECISARE CHE:

- LA DOMANDA DOVRA' ESSERE COMPILATA CORRETTAMENTE E CHIARAMENTE IN TUTTE LE SUE PARTI AVENDO CURA DELLE DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL DPR 445/2000;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

AZIENDA SEDE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' (Biologi, Chimici, Psicologi)

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

- LA DOMANDA DOVRA' ESSERE INVIATA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE **IN UNICO FILE FORMATO PDF** E DOVRA' ESSERE CORREDATA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA';
- LA MARCA DA BOLLO DOVRA' ESSERE ANNULLATA CON L'APPOSIZIONE DELLA FIRMA AUTOGRAFA O DI UNA ICS.

SI INVITANO LE SS.LL. AL RIGOROSO RISPETTO DELLE INDICAZIONI IMPARTITE AL FINE DI EVITARE RALLENTAMENTI DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE.

Si allega alla presente il modello da utilizzare

P.O. COORDINAMENTO
COMITATO ZONALE
Dott.ssa Rossana Renna

Signed by ROSSANA RENNA
C=IT
Issuer=ArubaPEC EU Qualified Certificates CA G1

IL DIRIGENTE U.O.S.
PERSONALE CONVENZIONATO
Dott.ssa Anna Maria Quaranta

ANNA MARIA QUARANTA
2023.12.20 11:26:28
CN=ANNA MARIA QUARANTA
C=IT
2.5.4.4=QUARANTA
2.5.4.42=ANNA MARIA
RSA/2048 bits

LA DIRIGENTE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE ASL BA
Avv. Rachele Popolizio

RACHELE POPOLIZIO
2023.12.20 12:01:23
CN=RACHELE POPOLIZIO
C=IT
2.5.4.4=POPOLIZIO
2.5.4.42=RACHELE
RSA/2048 bits

ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

□ **Primo inserimento** ☐ **Aggiornamento**

Marca da bollo

All'Azienda Sanitaria di Bari
comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Il sottoscritto……, nato a……
(prov……) il……M_F___Codice Fiscale……
Comune di residenza…… (prov……)
Indirizzo ……n……. Cap……
telefono……
PEC……

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

□ medici specialisti: branca di……
□ odontoiatri
□ medici veterinari: area……
□ biologi
□ chimici
□ professionisti psicologi
□ professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno 2025 relativamente all'ambito zonale della REGIONE PUGLIA
nel cui territorio intende ottenere incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

……

Data……Firma per esteso……

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto……, nato a……
(prov……)il……M__F___Codice Fiscale……
Comune di residenza……(prov……)
Indirizzo ……n……Cap……
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA
ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

– ☐ di essere cittadino italiano;

– ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare)……

– ☐ di essere cittadino del seguente Stato_____ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.
(cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");

☐ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe corrispondente in …… (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di……in data……/……/ …… ; *(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali")*

con voto ……/110 ☐ senza lode ☐ con lode,
con voto ……/100 ☐ senza lode ☐ con lode;

– di essere abilitato all'esercizio della professione di……(medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione…… presso l'Università di……;

– di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli……(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di……dal……/……/…… ;

– di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

…… conseguita il……/……/……

presso l'Università di…… con voto……☐ senza lode ☐ con lode

…… conseguita il……/……/……

presso l'Università di…… con voto……☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione……..…..il...../...../ ;

- di non fruire 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;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
…….....	…….....	……	……	……..
…….....	…….....	……	……	……..
…….....	…….....	……	……	……..
…….....	…….....	……	……	……..
…….....	…….....	……	……	……..
…….....	…….....	……	……	……..

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- (<u>solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato</u>): di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
……....	……...	……	……	……...
……....	……...	……	……	……...
……....	……...	……	……	……...
……....	……...	……	……	……...
……....	……...	……	……	……...
……....	……...	……	……	……...

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

– di ☐essere ☐non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o sostituzioni;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data…….....…….. Firma ……

<u>La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.</u>

AVVERTENZE GENERALI

1. Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;

2. Per i laureati in medicina e chirurgia la specializzazione fatta valere come titolo legittimante l'iscrizione all'albo degli odontoiatri non è valida ai fini dell'iscrizione nella graduatoria degli odontoiatri;

3. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 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 di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

4. La domanda deve essere rinnovata ogni anno e deve riportare gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

5. La domanda, previo assolvimento degli obblighi di pagamento del bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.

6. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine del comportano l'esclusione dalla graduatoria.

7. L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività;

8. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti dagli aspiranti all'iscrizione in graduatoria formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

9. I titoli devono essere documentati con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi degli articoli 46 e art.47 del DPR 445/2000.