



## 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 E ALTRE PROFESSIONALITA'  
(Biologi, Chimici e Psicologi)

### AREA GESTIONE RISORSE UMANE

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato –tel.: n. 080/584 2311  
Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

#### PROTOCOLLO USCITA

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

**Oggetto: Pubblicazione delle ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il IV Trimestre 2023  
(DICEMBRE)**

BRANCA	ORE	ALTRI ENTI	ASL	DISTRETTI / DIPARTIMENTI	NOTE
CARDIOLOGIA	8	SASN POLIAMBULATORIO MOLFETTA			
ENDOCRINOLOGIA	9		BA	D.S.S. 4	PER VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
GERIATRIA	3		BA	D.S.S. 4 Poliambulatorio di Santeramo	PER VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
GERIATRIA	5		BA	D.S.S. 2 PTA di Terlizzi	
GINECOLOGIA	6		BA	D.S.S. 4 C.F. di Gravina	PER VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
MEDICINA DEL LAVORO	35		BA	DIP. di PREV. SPESAL AREA SUD	
NEUROLOGIA	5		BA	D.S.S. 9	ANCHE PER ATTIVITA' DOMICILIARE
NEUROLOGIA	4		BA	D.S.S. 12	ANCHE PER ATTIVITA' DOMICILIARE
OCULISTICA	1		BA	D.S.S. 13	
OCULISTICA	28		BA	D.S.S. 11	ANCHE A SUPPORTO DEI DAY SERVICE ATTIVI E DA ATTIVARE
OCULISTICA	10		BA	D.S.S. 5 Poliambulatorio di Grumo	PER ATTIVITA' AMBULATORIALE E DOMICILIARE



## 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 E ALTRE PROFESSIONALITA'  
(Biologi, Chimici e Psicologi)

### AREA GESTIONE RISORSE UMANE

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato –tel.: n. 080/584 2311

Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

ORTOPEDIA	6		BA	DSS 4 PTA GRAVINA	
RADIOLOGIA	14		BA	D.S.S. 13 POLIAMBULATORIO DI GIOIA	
UROLOGIA	18		BA	D.S.S. 12	ANCHE PER ATTIVITA' DOMICILIARE

Tutti i turni sono da considerarsi a tempo indeterminato e non frazionabili in sede di assegnazione, giusta art. 20 comma 4 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i., ad eccezione dei turni assegnati ai già titolari di altri incarichi, che potranno essere frazionati nella misura necessaria al completamento orario (art. 9 comma 1 AIR vigente).

Lo specialista interessato, deve far pervenire la domanda di partecipazione, indirizzata all'U.O. G.A.P.C. - Ufficio per la Medicina Specialistica Ambulatoriale – esclusivamente a mezzo mail PEC al seguente indirizzo: [comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it), **entro e non oltre il 15/12/2023**.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre tale data

Questa Asl non assume nessuna responsabilita' in caso di tardiva ricezione della domanda dovuta ad eventuali disguidi

La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento di identità e contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici e della PEC personale, da riportare in modo chiaro e leggibile, allo scopo di consentire a questa ASL l'invio di tutte le comunicazioni relative alla presente pubblicazione.

Si precisa che la validità dell'invio della domanda a mezzo PEC, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata.

Pertanto, la domanda inviata da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria, anche se inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicata, sarà oggetto di esclusione.

La domanda di partecipazione dovrà essere inviata unitamente agli allegati in un unico file formato pdf.

La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmessa è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

P.O. COORDINAMENTO COMITATO ZONALE

Rossana Renna

Signed by ROSSANA RENNA

C = IT

Issuer = ArubaPEC EU Qualified Certificates CA

G1

IL DIRETTORE GENERALE

Antonio Sanguedolce

ANTONIO SANGUEDOLCE  
2923.11.36-09:03:54

CN=ANTONIO SANGUEDOLCE  
C=IT  
2.5.4.4=ASANGUEDOLCE  
2.5.4.42=ANTONIO

RSA/2048 bit

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI (BA)  
Codice Fiscale/Partita IVA 06534340721  
PEC: [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it)  
<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>



- di essere già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato  
 di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con anzianità di servizio dal ..... e pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 21 comma 2) lettera ..... dell'ACN in vigore;

- di essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale - di cui all'art. 19 dell'ACN — Branca di..... per l'anno \_\_\_\_\_ al posto n. .... e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera h) dell'ACN in vigore:

di essere:

- a) titolare di medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 b) medico titolare specialista pediatra di libera scelta dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 c) medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

Le categorie di medici descritti sub a) - b) - c) — che partecipano ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera j) dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i. devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca alla quale partecipano e devono dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

- di non essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 19 comma 10 dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i..

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN vigente

- a) di essere titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario;  
 SI NO
- b) di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, 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;  
 SI NO
- c) di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitano attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
 SI NO

- d) di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;  
SI NO
- e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22;  
SI NO
- f) di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;  
SI NO
- g) di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;  
SI NO
- h) di fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;  
S NO
- i) di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN;  
SI NO
- j) di essere 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 ed integrazioni;  
SI NO
- k) di essere 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;  
SI NO
- l) di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;  
SI NO

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O PROFESSIONISTA IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA

---



---



---



---



---

Il/la sottoscritto/a Dott..... esprime il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità e curriculum vitae

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso) \_\_\_\_\_