



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. Lgs n.ro 82/2005
Sostituisce l'originale

**Oggetto: Pubblicazione delle ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il
I Trimestre 2022 (MARZO)**

BRANCA	ORE	SASN	ASL	DISTRETTO	NOTE
CHIRURGIA PLASTICA	3		BA	D.S.S. 9	PER PRESTAZIONI IN VULNOLOGIA E PER ATTIVITA' AMBULATORIALE E DOMICILIARE DA SVOLGERE ANCHE IL VENERDI' MATTINA E POMERIGGIO
*ENDOCRINOLOGIA (ORE A.P.P.)	20		BA	D.S.S. 9	
RADIOLOGIA	24	MOLFETTA			DA SVOLGERSI DAL LUNEDI' AL GIOVEDI' PER N. 6 ORE GIORNALIERE DALLE ORE 08:00 ALLE ORE 14:00

****L'incarico sarà conferito, ai sensi dell'art. 54 dell'ACN vigente, a coloro che sono inseriti nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN vigente e secondo la relativa collocazione in quest'ultima.***

Tutti i turni sono da considerarsi non frazionabili in sede di assegnazione, giusta art. 20 comma 4 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i., ed a tempo indeterminato.

Lo specialista interessato, deve far pervenire la domanda di partecipazione, indirizzata all'U.O. G.A.P.C. - Ufficio per la Medicina Specialistica Ambulatoriale - a mezzo mail PEC al seguente indirizzo: comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it, **entro e non oltre il 15/03/2022.**

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



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 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

l'indicazione esatta dei dati anagrafici, 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.

P.O. COORDINAMENTO COMITATO ZONALE

Rossana Regina

IL DIRETTORE GENERALE

Antonio Sanguedolce

**A.S.L.
DIREZIONE
GENERALE
BA**

- 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 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.

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

- 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 compartecipi 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 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) _____