



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 I Trimestre 2024 (MARZO)

BRANCA	ORE	ASL	DISTRETTO	NOTE
CARDIOLOGIA (ORE APP)	15	BA	da svolgersi per n. 3 h sett.li presso il DSS 11, per n. 6 h sett.li presso il DSS 10 PTA di Triggiano e per n. 6 h sett.li presso il DSS 13 PTA di Gioia del Colle	
PNEUMOLOGIA (ORE APP)	19	BA	da svolgersi per n. 3 h sett.li presso il DSS 2 Poliambulatorio di Corato, per n. 9 h sett.li presso il DSS 11 PTA di Rutigliano (anche per attività domiciliare) e per n. 7 h sett.li presso il DSS 9	

Gli incarichi saranno assegnati, ai sensi dell'art. 54 dell'ACN vigente, a coloro che sono inseriti nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN vigente anno 2024 e che non abbiano altri incarichi. La suddetta assegnazione avverrà secondo l'ordine di graduatoria.

In subordine, in assenza di soggetti aventi titolo ai sensi dell'art. 19 dell'ACN vigente, i suddetti incarichi potranno essere assegnati anche a coloro che si dichiarano disponibili ma non sono inseriti nella graduatoria di branca per l'anno 2024. In tal caso i candidati saranno graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Tutti i turni sono da considerarsi a tempo indeterminato e non frazionabili in sede di assegnazione.



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

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, **entro e non oltre il 15/03/2024**.

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.

TITOLARE I.F.O. COORD. COM. ZON. – MED. CONV.

Rossana Renna



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

IL DIRETTORE GENERALE
Antonio Sanguedolce

ANTONIO SANGUEDOLCE
2024.02.23 12:42:19

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

RSA/2048 bits

- 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 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 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) _____