



REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI  
AREA GESTIONE RISORSE UMANE  
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI E GESTIONE DEL RUOLO  
LUNGOMARE STARITA, 6 - 70132 BARI -  
P.IVA e C.F. 06534340721

Scadenza termine utile  
presentazione delle domande:  
29 Nov. 2018 - 08:30

19 NOV. 2018

Prot. n.

300769/1

Bari li,

Pubblicato sul portale aziendale in data 19 Nov. 2018

**SELEZIONE PERSONALE  
PER IL SERVIZIO DI CONSULENZA PEDIATRICA AMBULATORIALE (SCAP)**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Rende noto che, sulla base della DGR n. 129 del 7.02.2017, è indetto un nuovo avviso interno, per l'anno 2019, riservato ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL BA inquadrati nel profilo professionale del ruolo sanitario di infermiere professionale o infermiere pediatrico, cat. D o Ds, per il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica [SCAP] ubicati presso i Pronto Soccorso o in stretta adiacenza allo stesso, nelle seguenti strutture/comuni:

- P.O. San Paolo
- P.O. Altamura
- P.O. Monopoli
- P.O. Corato
- P.O. Molfetta
- P.T.A. Bitonto
- Azienda Ospedaliera Giovanni XXIII

Le attività dello SCAP sono erogate nelle seguenti fasce orarie:

- sabato e prefestivi dalle ore 08:00 alle ore 20:00;
- domenica e festivi dalle ore 08:00 alle ore 20:00.

I turni del personale infermieristico e pediatrico vengono predisposti dal coordinatore infermieristico dello SCAP ed approvati dal responsabile di progetto. Tali turni devono essere predisposti mensilmente e non devono provocare pregiudizio ai normali turni di servizio.

Il personale sarà selezionato e inserito in graduatoria attraverso la somma dei punteggi dei seguenti titoli:

- 1) residenza nella Regione Puglia - 10 punti;
- 2) residenza nella Asl da almeno 2 anni - 10 punti
- 3) titoli di carriera: servizio reso nel profilo di personale infermieristico presso Aziende o Enti del S.S.N. - 0,10 punti al mese;
- 4) a parità di punteggio prevale il più giovane di età.

Il personale disponibile, nella domanda di partecipazione dovrà indicare la struttura cui intende partecipare (max. n. 2 indicazioni in ordine di priorità) in cui intende essere utilizzato.

Sarà attribuito l'incarico di infermiere coordinatore (n. 1 per ciascuna sede) all'infermiere professionale primo classificato tra coloro che verranno assegnati per ciascun struttura.

Il personale infermieristico dipendente dovrà prestare la propria attività presso lo SCAP al di fuori dell'orario di servizio istituzionale e codificherà la propria attività attraverso l'orologio marcatempo con codice dedicato.

Il personale sopra individuato riceverà un compenso pari ad € 20,00 lordo per ogni ora di lavoro svolto pari al compenso orario effettuato per lo straordinario.

I compensi verranno corrisposti mensilmente entro il giorno 30 del secondo mese successivo a quello di prestazione dell'attività lavorativa.

L'infermiere coordinatore riceverà un compenso supplementare lordo pari a € 100,00 mensili in considerazione di un carico orario pari a 5 ore.

In caso di sua impossibilità potrà delegare temporaneamente tale funzione ad altro infermiere aderente al progetto.

Il progetto sarà finanziato mediante l'utilizzo dei fondi residui al 31 dicembre di ogni anno ai sensi del combinato disposto dell'art. 38 "flessibilità dei fondi" previsto dall'AIR/2011 – DGR 426/2011 – e dall'art. 33, lett. c) e d) AIR 2007 – DGR 2290 del 29/12/2007, nella misura massima del 50% della consistenza dei fondi così determinati per ogni singola Azienda Sanitaria Locale.

Gli interessati dovranno far pervenire, a pena di esclusione, domanda al Direttore Generale ASL BA – c/o Direzione delle Professioni Sanitarie Territoriali - Lungomare Starita, 6 - 70132 Bari (BA).

La domanda e la documentazione ad essa allegata dovrà essere inoltrata esclusivamente per posta elettronica semplice/ordinaria del candidato, entro e non oltre il **29/11/2018** ore 14:30 dalla pubblicazione del presente avviso sul portale aziendale - albo pretorio – concorsi e avvisi, all'indirizzo mail: [dps.territori@asl.bari.it](mailto:dps.territori@asl.bari.it)

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **perentorio** e non si terrà conto alcuno delle domande, dei documenti e dei titoli presentati dopo la scadenza del termine stesso.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno utilizzati per le finalità di gestione della selezione.

Il Direttore Generale si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, senza che per gli aspiranti insorga alcuna pretesa o diritto.

Il Direttore Sanitario

Silvana Fornelli

Il Direttore Area Gestione Risorse Umane

Rodolfo Minervini

Rodolfo Minervini

Il Direttore Generale  
Antonio Sanguedolce

Trasmissione al seguente indirizzo pec  
[dps.territori@asl.bari.it](mailto:dps.territori@asl.bari.it)



AL DIRETTORE GENERALE ASL BA  
c/o DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TERRITORIALI  
LUNGOMARE STARITA, 6  
70132 BARI (BA)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso interno riservato ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL BA inquadrati nel profilo professionale del ruolo sanitario di infermiere professionale o infermiere pediatrico, cat. D o Ds, per il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP), pubblicato sul portale aziendale in data \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

### DICHIARA

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
2. di risiedere a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;
3. di risiedere nella ASL BA da almeno 2 anni nel Comune di \_\_\_\_\_ ;
4. di voler partecipare per le seguenti strutture: in primis, per la struttura \_\_\_\_\_, in subordine, per la struttura \_\_\_\_\_ (max n. 2 indicazioni);
5. di accettare tutte le condizioni previste dall'avviso interno;
6. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura deve essere fatta al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (C.A.P. \_\_\_\_\_) Comune  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti documenti:

- 1) curriculum formativo e professionale datato e firmato autocertificato ai sensi di legge relativamente ai titoli di carriera;
- 2) copia fotostatica fronte retro di un documento di identità in corso di validità;

\_\_\_\_\_  
[luogo, data]

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
[firma per esteso e leggibile]

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
con riferimento all'avviso pubblico interno riservato ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL BA inquadrati nel profilo professionale del ruolo sanitario di infermiere professionale o infermiere pediatrico, cat. D o Ds, per il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP), ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, richiamate dall'art. 76, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R. e, informato su quanto previsto dal D.Lg.vo 196/2003,

### DICHIARA

quanto segue:

(Titoli di carriera)

#### servizio reso nel profilo professionale infermieristico

- di prestare attualmente servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale di c.p.s. \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ presso la UO/Servizio \_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio:
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_;
- di aver prestato servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale di c.p.s. \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ presso la UO/Servizio \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_,
  - da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio;
  - da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio;
  - da \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_