

Prot. 289320/1

7 NOV. 2019

Avviso Pubblico interno per la formazione della graduatoria aziendale da utilizzare per il progetto di continuità assistenziale nell'ambito delle attività dipartimentali di vaccinazione ed attività distrettuali

AVVISO PUBBLICO

E' indetto avviso pubblico per la formazione di apposita graduatoria per n° 70 medici (così ripartiti: n. 45 per attività vaccinale e n. 25 per attività distrettuali) per 27 ore mensili da utilizzare per il progetto di continuità assistenziale nell'ambito delle attività dipartimentali di vaccinazione ed attività distrettuali.

Possono concorrere all'avviso pubblico interno:

A) i medici titolari a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale della ASL BA a rapporto unico di lavoro.

In subordine e nel caso in cui il numero dei medici di cui alla lettera a) sia inferiore a quello preventivato in sede di CPA del 18/3/2019 ossia 70 medici (così ripartiti : n. 45 per attività vaccinale e n. 25 per attività distrettuali) possono partecipare nel seguente ordine:

A1) medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale e di assistenza primaria con numero di scelte in carico pari o inferiore a 300 alla data della scadenza del bando;

A2) medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale e di assistenza primaria con numero di scelte in carico pari o inferiore a 650 alla data della scadenza del bando;

La graduazione delle domande di cui alla lettera A) avverrà secondo il criterio di anzianità di servizio. A parità di anzianità di servizio prevarrà nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e la anzianità di laurea.

La graduazione delle domande di cui alle lettere A1 ed A2) avverrà secondo il criterio di anzianità di servizio nell'incarico di Continuità Assistenziale. A parità di anzianità di servizio vale l'anzianità nell'incarico di Assistenza Primaria. A parità di anzianità di servizio nell'assistenza primaria prevarrà nell'ordine: la minore età, il voto di laurea e la anzianità di laurea.

Le istanze, redatte, come da FAC-SIMILI allegati, devono essere inviate, a pena di esclusione, a mezzo PEC al seguente indirizzo di posta certificata: agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it e devono essere spedite entro le ore 14,00 del 15° giorno successivo alla pubblicazione del presente bando sul sito aziendale pena esclusione.

Relativamente alle attività distrettuali i medici saranno assegnati nelle seguenti modalità:

- a) 3 unità per la città di Bari;
- b) 2 unità per ogni distretto della provincia di Bari.

Per le attività distrettuali in nessun caso i medici potranno essere titolari di convenzione di Assistenza Primaria compatibile per la medicina generale nell'ambito dello stesso distretto.

La graduatoria avrà validità annuale ossia dal 1/1/2020 al 31/12/2020. Al 31/12/2020 tutti i medici si intenderanno decaduti dall'attività progettuale.

Al medico di cui alla lett A) che in costanza di svolgimento del progetto, verrà attribuito l'incarico di assistenza sarà consentito lo svolgimento della attività progettuale fino al superamento delle 300 scelte in carico.

Il superamento delle 300 o 650 scelte per i medici di cui alle lettere A1 e A2 comporterà la decadenza dalla attività progettuale a decorrere dal mese successivo al superamento delle scelte

In tali casi si procederà allo scorrimento della graduatoria al fine della sostituzione.

I medici aventi titolo verranno così assegnati alle Strutture interessate (Dipartimento di Prevenzione e Distretti)

Alle attività progettuali potranno partecipare solamente i medici inclusi nella graduatoria aziendale. Non sono ammessi medici al di fuori della stessa.

Il presente avviso pubblico interno verrà pubblicato sul sito aziendale nella Sezione: Amministrazione Trasparente – bandi – UO Convenzioni

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a: - Sig.ra Di Turi Maria - Via Lungomare Starita n. 6 70123 - BARI - Tel : 080/5842314.

Il Direttore Generale ASL BA
Dott. Antonio Sanguedolce



ALLEGATO A) medici a rapporto unico di lavoro di continuità assistenziale

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso Pubblico
interno pubblicato sul sito web aziendale

chiede

di partecipare al progetto di continuità assistenziale e di aderire

- ☐ alla progettualità delle attività dipartimentali di vaccinazione
- ☐ alla progettualità delle attività distrettuali

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Recapito Telefonico _____ PEC
_____ voto di laurea _____ anzianità di laurea _____ ;

b) Di avere anzianità di servizio con incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale a far data dal
_____ sede di _____ ;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALLEGATO A1) medici titolari di continuità assistenziale e di assistenza primaria con numero di scelte in carico pari o inferiore a 300

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso Pubblico
interno pubblicato sul sito web aziendale

chiede

di partecipare al progetto di continuità assistenziale e di aderire

- o alla progettualità delle attività dipartimentali di vaccinazione
- o alla progettualità delle attività distrettuali

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Recapito Telefonico _____ PEC
_____ voto di laurea _____ anzianità di laurea _____ ;

b) Di avere anzianità di servizio con incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale a far data dal
_____ sede di _____ ;

c) di essere titolare di incarico di assistenza primaria a decorrere dal _____ Comune di
_____ -con numero di scelte in carico pari a _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALLEGATO A2) medici titolari di continuità assistenziale e di assistenza primaria con numero di scelte in carico pari o inferiore a 650

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso Pubblico
interno pubblicato sul sito web aziendale

chiede

di partecipare al progetto di continuità assistenziale e di aderire

- ☐ alla progettualità delle attività dipartimentali di vaccinazione
- ☐ alla progettualità delle attività distrettuali

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Recapito Telefonico _____ PEC
_____ voto di laurea _____ anzianità di laurea _____ ;

b) Di avere anzianità di servizio con incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale a far data dal
_____ sede di _____ ;

c) di essere titolare di incarico di assistenza primaria a decorrere dal _____ Comune di
_____ -con numero di scelte in carico pari a _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile