



DIREZIONE GENERALE ASL BT
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Prot. n. _____

Andria, _____

Oggetto: Pubblicazione dei turni vacanti a tempo indeterminato di ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il 3° trimestre 2022 (SETTEMBRE)

BRANCA	ORE	SEDE		note
ALLERGOLOGIA	6	D.S.S. n. 1 c/o Poliambulatorio di Margherita di Savoia	T.I.	
ALLERGOLOGIA	5	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Spinazzola	T.I.	
ALLERGOLOGIA	10	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	T.I.	
CARDIOLOGIA	30	D.S.S. n. 1 (sui tre comuni del distretto)	T.I.	
CHIRURGIA GENERALE	12	D.S.S. n. 5 c/o Poliambulatorio di Bisceglie	T.I.	Per recesso anticipato dall'incarico a T.I. della dott.ssa Liberata Anna Treglia dal 01/01/2023
DERMATOLOGIA	5	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	T.I.	
GERIATRIA	4	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Spinazzola	T.I.	
GERIATRIA	34	D.S.S. n. 4 c/o Poliambulatorio di Barletta	T.I.	
MEDICINA DELLO SPORT	6	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	T.I.	
NEUROLOGIA	6	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Spinazzola	T.I.	
NEUROLOGIA	5	D.S.S. n. 1 c/o Poliambulatorio di Trinitapoli	T.I.	
PNEUMOLOGIA	4	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	T.I.	
VETERINARIA- IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	38	Servizio Veterinario AREA C	T.I.	
VETERINARIA- IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	19	Servizio Veterinario AREA B	T.I.	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	D.S.S. 3 Consultorio Canosa	T.I.	Per conversione di 12 ore di Oncologia, cessate dal dott. A. Nolasco e mai assegnate
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4	D.S.S. 3 Consultorio Minervino M.	T.I.	Per conversione di 12 ore di Oncologia, cessate dal dott. A. Nolasco e mai assegnate
CHIRURGIA PLASTICA (da destinare alla chirurgia ambulatoriale, alle visite domiciliari e alla necessità dell'ADI)	8	D.S.S. 4	T.I.	Per conversione di 6 ore di Chirurgia Generale, cessate dal dott. Ferrante e 2 ore di Urologia cessate dalla dott.ssa Perrone
UROLOGIA	6	D.S.S. 4	T.I.	
DIABETOLOGIA	28	D.S.S. 5	T.I.	Per conversione di 20 ore di Igiene e Medicina Preventiva, cessate dal dott. Lonardelli per pensionamento e 8 ore di Urologia, cessate dal dott. Lorusso
UROLOGIA	6	D.S.S. 5	T.I.	Per conversione di 6 ore di Urologia, cessate dal dott. Lorusso



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE ASL BT
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Tutti i turni sono da considerare, se non diversamente precisato, **indivisibili e non frazionabili in sede di assegnazione**, ai sensi dell'art. 20, co. 4, dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i.

Lo specialista interessato deve far pervenire la domanda di partecipazione **in carta semplice a mezzo PEC entro e non oltre il 15/09/2022** a:

U.O.S.V.D. "Ass.Mob.Conc./Pers.Conv."

protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it

riportando nell'oggetto: **Domanda di disponibilità al conferimento dei turni vacanti nella specialistica ambulatoriale. Branca di..... Pubblicazione 3° trimestre 2022.**

La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., così come da fac-simile allegato, deve **a pena di esclusione** essere sottoscritta e contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, della PEC personale da riportare in modo chiaro e leggibile in modo da consentire a questa ASL l'invio di tutte le comunicazioni relative alla presente pubblicazione; **alla domanda dovranno, inoltre, essere allegati, pena esclusione dalla procedura di conferimento dei turni vacanti, valido documento di riconoscimento in corso legale e curriculum vitae e professionale aggiornato.**

Sul sito aziendale <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/comitato-zonale-per-la-specialistica> saranno, successivamente, pubblicati gli esiti dei turni vacanti del 3° trimestre 2022, così come previsto dall'art. 21 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i., secondo l'ordine di priorità, in cui sarà riportata l'ammissione e la non ammissione delle domande dei partecipanti (con la motivazione) alla pubblicazione trimestrale.

Tale forma di pubblicità costituirà notifica ad ogni effetto di legge per tutti i partecipanti e non sarà, pertanto, data ulteriore comunicazione in merito ai singoli partecipanti.

Il Responsabile del procedimento
Titolare di Funzione Organizzativa
(dott.ssa Giuseppina Di Bari)

La Dirigente U.O.S.V.D.
"Ass.Mob.Conc./Pers.Conv."
(Dott.ssa Elena Tarantini)

La Direttrice Area Gestione del Personale
(Dott.ssa Vincenza Memeo)

La Direttrice Generale
(Dott.ssa Tiziana Dimatteo)

ALLA ASL BT

Sede COMITATO ZONALE PER LA SPECIALISTICA
 AMBULATORIALE INTERNA
 U.O.S.V.D. "Ass./Mob./Conc./Pers.Conv."
protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO: Domanda di disponibilità al conferimento incarico nella Branca di.....

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....,

nato/a il.....

residente (prov.) alla via..... n.

CAP tel./cell.,

PEC (obbligatoria ai sensi e per gli effetti della L. n. 2/2009 e s.m.i.).....

e-mail

laureato in.....

presso l'Università di..... in data/...../..... con voto.....

specializzato in

in data/...../..... presso l'Università/Scuola di.....

vista la pubblicazione dei turni vacanti deltrimestre anno.....avvenuta con nota prot. n.....
 del.....

presenta domanda di

assegnazione degli incarichi, ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i. di seguito riportati nel seguente ordine di preferenza:

N. ore	Branca di:	ASL	c/o Distretto/Dipartimento	Pubblicate a tempo: indeterminato/determinato

Atalfine dichiara, aisensidell'art. 46D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000), di essere nella seguente posizione:

titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale

(art. 21, comma 2, lett. a):

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

con anzianità di servizio dal.....;

titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della stessa Regione

o di altra Regione confinante (art. 21, comma 2, lett. b):

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante, da almeno 18 mesi nell'incarico in atto (art. 21, comma 5) che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio presso cui si è determinata la disponibilità (art. 21, comma 2, lett. c):

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

riunificazione ore in unica branca, solo per titolari in più branche (art. 21, comma 2, lett. d);

passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione (art. 21, comma 2, lett. e);

titolare a tempo indeterminato di altra attività compatibile nello stesso ambito zonale e nel rispetto del massimario orario (art. 21, comma 2, lett. f):

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

titolare a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (art. 21, comma 2, lett. g):

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

inserito nella GRADUATORIA REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale, di cui all'art. 19 dell'ACN vigente— Branca di.....per l'anno _____ al posto n. _____ e di NON ESSERE TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO (art. 21, comma 2, lett. h);

non essere inserito nella GRADUATORIA REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale e di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'ACN 31/03/2020 s.m.i. (art. 21, comma 2, lett. i);

Medico di Medicina Generale, Medico specialista Pediatra di Libera Scelta, Medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprime la disponibilità a convertire il proprio rapporto di lavoro (art. 21, comma 2, lett. j):

- 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 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**

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN (barrare la voce che interessa)

- 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; SI 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 ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e s.m.i.; 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./Dott.ssa esprime il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO LEGALE E CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE

DATA _____

FIRMA (per esteso) _____