

Prot. n. 19159

Andria, 03/03/2023

Oggetto: Pubblicazione dei turni vacanti a tempo indeterminato di ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il 1° trimestre 2023 (MARZO)

BRANCA	ORE	SEDE		note
ALLERGOLOGIA	6	D.S.S. n. 1 c/o Poliambulatorio di Margherita di Savoia	Turno indivisibile	
ALLERGOLOGIA	5	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Spinazzola	Turno indivisibile	
ALLERGOLOGIA	5	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	Turno indivisibile	
GERIATRIA	20	D.S.S. n. 1	Turno indivisibile	
GERIATRIA	6	D.S.S. n. 3	Turno indivisibile	
MEDICINA DELLO SPORT	6	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	Turno indivisibile	
NEUROLOGIA	5	D.S.S. n. 1 c/o Poliambulatorio di Trinitapoli	Turno indivisibile	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28	D.S.S. n. 2 di Andria	Turno indivisibile	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	D.S.S. n. 1	Turno Indivisibile	disponibile dal 01/05/2023
PNEUMOLOGIA	4	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	Turno indivisibile	
PSICHIATRIA	20	D.S.M. – II.PP. TRANI	Turno indivisibile	
UROLOGIA	6	D.S.S. 4 di Barletta	Turno indivisibile	
UROLOGIA	6	D.S.S. 5	Turno indivisibile	

Tutti i turni sono da considerare, se non diversamente precisato, **indivisibili e non frazionabili in sede di assegnazione**, salvo quanto previsto dall'art. 9 dell'A.I.R., recepito con D.G.R. del 21/11/2022 n. 1618, pubblicato sul BURP n. 137 suppl. del 22/11/2022.

Lo specialista interessato deve far pervenire la domanda di partecipazione **in carta semplice a mezzo PEC entro e non oltre le ore 23.59 del 15/03/2023** 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 1° trimestre 2023.**

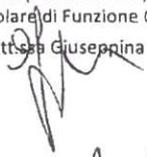
La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., così come da fac-simile allegato, deve a **pena di esclusione** essere sottoscritta e contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, della PEC personale da riportare in modo chiaro e leggibile al fine di consentire a questa 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 e debitamente firmato.**

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 1° trimestre 2023, 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.

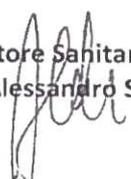
Tale forma di pubblicità costituirà notifica ad ogni effetto di legge per tutti i partecipanti e non sarà, pertanto, data ulteriore comunicazione in merito ai singoli partecipanti.

Si informano, inoltre, tutti gli interessati alla pubblicazione che l'elencazione dalla lettera a) alla lettera j) dell'art. 21 dell'ACN vigente, rappresenta **"un criterio rigido ed invalicabile rispetto allo status giuridico del richiedente, status che deve essere dettagliatamente declinato all'atto della dichiarazione di disponibilità con l'autocertificazione informativa"**, resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. (SISAC parere prot. n. 396/2021 pubblicato il 11/05/2021).

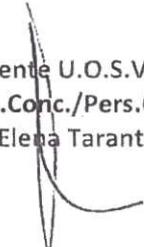
La Responsabile del procedimento
Titolare di Funzione Organizzativa
(dott.ssa Giuseppina Di Bari)



Il Direttore Sanitario
(Dott. Alessandro Scelzi)



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



La Direttrice Generale
(Dott.ssa Tiziana Dimatteo)


LA DIRETTRICE GENERALE

Firmato digitalmente da
TIZIANA DIMATTEO
Data: 2023.03.03
12:39:34 +01'00'

 REGIONE PUGLIA

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 del..... trimestre 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

Atal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 D.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 configurino 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 al Corso 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) _____