

Prot. n. 85823

Andria, 05/12/2022

**Oggetto: Pubblicazione dei turni vacanti a tempo indeterminato di ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il 4° trimestre 2022 (DICEMBRE)**

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	10	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	Turno indivisibile	
CARDIOLOGIA	30	D.S.S. n. 1 (sui tre comuni del distretto)	Turno indivisibile	
CHIRURGIA GENERALE	18	D.S.S. n. 4	Turno indivisibile	
CHIRURGIA VASCOLARE	38	DD.SS.SS. n. 2 di Andria e n. 4 di Barletta	Turno indivisibile	Con attività ambulatoriale e chirurgica da svolgere sul P.T.A. di Trani e P.P.A./P.T.A. di Canosa di Puglia
ENDOCRINOLOGIA	6	D.S.S. n. 1	Turno indivisibile	
MEDICINA DELLO SPORT	6	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Canosa di Puglia	Turno indivisibile	
NEUROLOGIA	6	D.S.S. n. 3 c/o Poliambulatorio di Spinazzola	Turno indivisibile	
NEUROLOGIA	5	D.S.S. n. 1 c/o Poliambulatorio di Trinitapoli	Turno indivisibile	
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	
REUMATOLOGIA	19	P.T.A. Trani	Turno indivisibile	
UROLOGIA	6	D.S.S. 4	Turno indivisibile	
UROLOGIA	6	D.S.S. 5	Turno indivisibile	
VETERINARIA- IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	38	Servizio Veterinario AREA C	Turno indivisibile	

VETERINARIA-SANITA' ANIMALE	16	Servizio Veterinario AREA A	Turno indivisibile	
-----------------------------	----	-----------------------------	--------------------	--

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 le ore 23.59 del 15/12/2022** a:

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

**[protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it)**

riportando nell'oggetto: **Domanda di disponibilità al conferimento dei turni vacanti nella specialistica ambulatoriale. Branca di..... Pubblicazione 4° 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 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.**

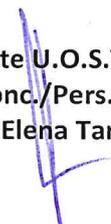
Sul sito aziendale **<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/comitato-zonale-per-la-specialistica>** saranno, successivamente, pubblicati gli esiti dei turni vacanti del 4° trimestre 2022, così come previsto dall'art. 21 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i., secondo l'ordine di priorità, 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.**

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



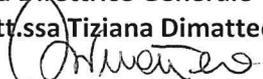
**La Dirigente U.O.S.V.D.  
"Ass.Mob.Conc./Pers.Conv."  
(Dott.ssa Elena Tarantini)**



**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](mailto: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

Atalfinedichiara, aisensidell'art. 46D.P.R. n.445/2000 sottola propria responsabilitàe 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);



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) \_\_\_\_\_