



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FOGGIA

REGIONE PUGLIA 16/09/2012/2012/2019

|ASL\_FG|N\_80|

ASL FOGGIA -

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia

Via Michele Protano snc - 71121 Foggia

Partita Iva 03499370710

Direzione Strategica

Direttore Generale

Tel. 0881/884609 - Fax 0881/884614

Mail: [dirgen.segreteria@aslfg.it](mailto:dirgen.segreteria@aslfg.it)

PEC: [aslfg@mailcert.aslfg.it](mailto:aslfg@mailcert.aslfg.it)

## DIREZIONE GENERALE

### PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO DICEMBRE 2019

#### SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ai sensi dell' art. 18 e 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità.

La pubblicazione delle seguenti ore è stata fatta nel rispetto dei principi di prossimità delle cure, dell'analisi dei tempi di attesa, dell'analisi di saturazione delle agende di prenotazione e analisi dell'origine della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

ASL FG		
Assistenza Distrettuale		
Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale		
Branca di ALLERGOLOGIA		
	Sede	N. Ore Settimanali
	P.T.A. VIESTE	6
	POLIAMBULATORIO SAN SEVERO	15

Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale		
Branca di CARDIOLOGIA		
	Sede	N. Ore Settimanali
	POLIAMBULATORIO PESCHICI	4
	POLIAMBULATORIO BICCARI	2
	POLIAMBULATORIO CAGNANO VARANO	2

**Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale  
Branca di DERMATOLOGIA**

	<b>Sede</b>	<b>N. Ore Settimanali</b>
	CASA CIRCONDARIALE FOGGIA	2
	CASA CIRCONDARIALE LUCERA	2
	CASA CIRCONDARIALE SAN SEVERO	2
	POLIAMBULATORIO VIESTE	4

**Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale  
Branca di ENDOCRINOLOGIA**

	<b>Sede</b>	<b>N. Ore Settimanali</b>
	POLIAMBULATORIO ASCOLI SARIANO	4
	POLIAMBULATORIO LUCERA	5

**Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale  
Branca di FISIATRIA**

	<b>Sede</b>	<b>N. Ore Settimanali</b>
	POLIAMBULATORIO MANFREDONIA	15
	P.O. MANFREDONIA LUNGO DEGENZA	5
	POLIAMBULATORIO MONTE SANT'ANGELO	15
	POLIAMBULATORIO MATTINATA	3
	POLIAMBULATORIO CERIGNOLA	6
	POLIAMBULATORIO SAN SEVERO	6

Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale Branca di MALATTIE INFETTIVE		
	Sede	N. Ore Settimanali
	POLIAMBULATORIO DI CERIGNOLA	10

Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale Branca di ONCOLOGIA		
	Sede	N. Ore Settimanali
	Poliambulatorio di Cerignola	12
	Poliambulatorio di Vico del Gargano	6

Fabbisogno Ore Settimanali di Specialistica Ambulatoriale Branca di PNEUMOLOGIA		
	Sede	N. Ore Settimanali
	Poliambulatorio di Foggia	4
	S.I.S.P. FOGGIA	6
	S.I.S.P. CERIGNOLA	4
	S.I.S.P. MANFREDONIA	4
	S.I.S.P. SAN SEVERO	4
	S.I.S.P. VICO DEL GARGANO	3
	S.I.S.P. LUCERA	3

Branca di NEUROLOGIA		
	Sede	N. Ore Settimanali
	I.N.A.I.L. FOGGIA - Centro Medico Legale	6
	(incarico a tempo indeterminato da espletarsi nelle ore antimeridiane)	

Gli aventi diritto saranno individuati secondo quanto previsto dagli artt. 18, 19 del vigente ACN e precisamente in base ai sottoelencati criteri di priorità:

1. Completamento dell'orario nei confronti dei professionisti già titolari presso l'Azienda Sanitaria di Foggia di turni a tempo indeterminato che non abbiano raggiunto il tempo pieno;
2. Altre priorità di cui all' art. 19 comma 2, lettera A, lettera B e lettera C del sopra citato Accordo ( nota Regione Puglia prot. AOO/183/16945 del 21/12/2018 )
3. Mobilità intraaziendale;
4. Mobilità interaziendale
5. assegnazione in base all'ordine di graduatoria della branca di appartenenza;

Si precisa che saranno pertanto disponibili, per coloro che sono presenti nelle graduatorie di cui all'articolo 17 del vigente ACN, i soli turni o frazioni di turni restanti dopo i completamenti di orario dei professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato, soddisfacimento di altre priorità di cui all' art. 19 comma 2, lettera A, lettera B e lettera C, mobilità intraaziendale, mobilità interaziendale.

L'assegnazione delle sedi, riportata nella presente pubblicazione, verrà sottoposta a verifica periodica, ( la prima dopo sei mesi), dei parametri di saturazione delle singole agende di attività, potendo successivamente variarle secondo il principio di flessibilità in funzione della variazione della domanda, della dinamica epidemiologica e demografica e delle variabili organizzative sia strutturali che tecnologiche.

La domanda, ai sensi dell'art. 19 comma 1 dell'A.C.N. vigente, deve essere inviata dal giorno 1 al giorno 10 GENNAIO 2020. Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre tale termine

Le domande dovranno essere inviate:

1. A mezzo raccomandata A/R (farà fede la data del timbro postale di invio) al seguente indirizzo: ASL FG – UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO – VIA MICHELE PROTANO SNC – 71121 FOGGIA;
2. A mezzo posta elettronica certificata intestata al candidato al seguente indirizzo (farà fede la data di invio): comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it.

Lo specialista nella domanda deve dichiarare la disponibilità all'assegnazione dei turni vacanti pubblicati per i quali concorre, precisando l'eventuale ordine di preferenza per le sedi, che rimane comunque puramente indicativo e non vincolante, l'eventuale precedenza indicata all'art. 19, la posizione nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2019 .

Si precisa infine che sono motivo di esclusione dall'assegnazione delle ore:

- a.) La domanda inviata a mezzo PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) non intestata al candidato;
- b.) Le domanda inviate a mezzo posta elettronica non certificata;
- b.) la mancanza della fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- c.) l'invio dell'istanza oltre il termine del 10/01/2020.

L'accettazione dell'incarico successivo alla designazione da parte della ASL FG, dovrà pervenire in competente bollo da € 16,00, ENTRO 20 GIORNI DALLA DATA DI RICEVIMENTO, tramite raccomandata a. r. oppure a mezzo PEC (posta elettronica certificata) intestata all'interessato.

Ai sensi dell'art. 16 della Legge n. 2 del 28/01/2009 e successiva Legge 221/2012 (che prevede l'obbligo in capo ai professionisti iscritti agli Albi ed elenchi istituiti con Legge dello Stato di possedere una casella di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.), nella domanda di partecipazione dovrà obbligatoriamente essere indicato l'indirizzo di posta elettronica certificata intestata al candidato.

Non saranno prese in considerazione le istanze pervenute da un indirizzo pec non riconducibile al richiedente.

I requisiti previsti dal presente avviso dovranno essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda.

Allegati: Fotocopia documento d'identità personale in corso di validità (obbligatorio)

(NON ALLEGARE ALLA DOMANDA Curriculum, Pubblicazioni, Master, Diplomi, Partecipazioni a corsi, ecc).

Foggia 19 dicembre 2019

Il Direttore Generale  
P.to Dott. Vito Piazzolla

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI – pubblicazione DICEMBRE 2019**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

**da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità (OBBLIGATORIO)**

**( da presentare dal giorno 1 al giorno 10 gennaio 2020 )**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

(obbligatoria ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009 e successiva Legge n. 221/2012 )

Specializzato in \_\_\_\_\_

Data di specializzazione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ comma \_\_\_\_\_ lettera \_\_\_\_\_ dell' ACN del vigente

all'assegnazione dei turni vacanti di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di DICEMBRE 2019 e in modo specifico, per le seguenti ore ed indicativamente con il seguente e non vincolante ordine di priorità:

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

**D I C H I A R A** (barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera A)**

Titolare di rapporto convenzionale annuale con il SSN a tempo indeterminato nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_

;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera B )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altre Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altre Regione confinante )

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ ;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera C )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra regione Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità )

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ ;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera D )**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ ;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera E )**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_ ;

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19,comma 2,lett. F )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 comma 1 dell'ACN;

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19,comma 2,lett. G )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa

• **ESSERE/NON ESSERE ( art. 19 comma 2 lettera H )**

Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 dell'ACN vigente in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato – inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno 2019

nella branca di \_\_\_\_\_ - posizione n° \_\_\_\_\_

- **ESSERE/NON ESSERE** (art. 19, comma 2, lett. I).

Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **ESSERE/NON ESSERE** titolare di trattamento pensionistico erogato da \_\_\_\_\_

**SVOLGERE / NON SVOLGERE** ulteriori incarichi professionali o comunque denominati presso Enti diversi dal S.S.N. qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVENTUALI ALTRE NOTE/COMUNICAZIONI :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
firma leggibile

Allegati: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità