

ASL BA BARI

**Avviso pubblico per incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale 118.**

E' indetto avviso pubblico per la formazione di apposita graduatoria ed elenchi separati validi per il conferimento di incarichi provvisori nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale di questa ASL BA, ai sensi dell' art. 97 dell'ACN del 23/3/2005.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118), nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

**A) I medici inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2008 di cui al BURP n. 38 dell' 11/03/2009 in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005;**

**B) I medici, non inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2008, già incaricati a tempo determinato che abbiano conseguito l'attestato di idoneità giusta art 3 comma 6 della L.R. n. 26 del 9/8/2006 pubblicata sul BURP n. 104 dell'11/8/2006;**

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett B) saranno graduati secondo i criteri di graduazione individuati dal Comitato Permanente Regionale nella seduta del 31/7/2007 e recepiti nella determinazione dirigenziale regionale n. 155 del 27/9/2007 in un elenco separato. La graduazione avverrà nell'ordine: anzianità nel servizio, residenza, voto di laurea, anzianità di laurea, minore età.

**C) I medici in possesso del solo attestato di idoneità di cui all' art 96 del vigente ACN, giusta norma transitoria n. 7 dell'ACN del 23/3/2005.**

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett C) saranno graduati in un elenco separato, con priorità per i Medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio inerenti anche a corsi di specializzazione.

La graduazione avverrà nell'ordine: della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Gli aspiranti di cui alla lettera A), entro 15 gg dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale e relativo punteggio come da FAC-SIMILE allegato (A).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
2. Certificato di residenza in carta semplice o autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000, che dovrà essere prodotta solo dai medici residenti nel territorio di questa Azienda;
3. Fotocopia di valido documento di identità

Gli aspiranti di cui alla lettera B), entro 15 gg dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, come da FAC-SIMILE allegato B).

In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
2. Attestato di servizio dal quale risulti la decorrenza dell'incarico a tempo determinato in atto.
3. Fotocopia di valido documento di identità

Gli aspiranti di cui alla lettera c), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, come da FAC-SIMILE allegato C) In allegato alla domanda, i medici interessati devono presentare a pena di esclusione:

1. attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante eventuali altre attività lavorative prestate o iscrizioni a corsi di specializzazione.
3. Fotocopia di valido documento di identità

Le istanze, redatte, come da FAC-SIMILI allegati, devono essere esclusivamente spedite mediante Raccomandata AR (a tal fine fa fede il timbro postale) o consegnate pro manibus alla ASL BA - U.O.G.A.P.C. - via Lungomare Starita 6 - 70123 BARI , pena la inammissibilità delle stesse. Non sono ammesse altre modalità di invio della domanda di partecipazione all'avviso pubblico. Gli incarichi provvisori, saranno conferiti nel rispetto dell'art 97 dell'ACN 23/3/2005 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi con assegnazione d'ufficio della postazione lavorativa, privilegiando la postazione più vicina alla residenza dell'avente titolo.

Delle domande presentate, sarà redatta una graduatoria in forma unica da valere per gli aspiranti di cui alla lett. A) utilizzata secondo il "criterio dello scorrimento" e secondo il seguente ordine:

- 1) medici inseriti nella graduatoria regionale 2008 e residenti nel territorio della Azienda;
- 2) medici inseriti nella graduatoria regionale 2008 e non residenti nel territorio della Azienda;

Invece, delle domande presentate dagli aspiranti di cui alle lett B) e C) saranno redatti due distinti

elenchi, da utilizzarsi dopo aver escusso la graduatoria di cui alla lett. A) e comunque prima l'elenco di cui alla legge regionale n. 26/2006 e dopo quello di cui alla norma transitoria n. 7 dell'ACN 23/3/2005.

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 23/3/2005 ed ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

I dati forniti dai partecipanti al presente avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dalla L. n. 675/96 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta al Funzionario Responsabile del Procedimento Dott.ssa ANNA MARIA QUARANTA dell'U.O. G.A.P.C. , con ufficio alla via Lungomare Starita 6 - 3° piano - tel. 080/5842552.

Si invitano i signori medici, per la presentazione delle domande, ad utilizzare esclusivamente gli allegati del presente bando.

Il Direttore Generale ASL BA  
Avv. Lea Cosentino

**FAC-SIMILE (A)****Spett.le ASL BA -U.O. G.A.P.C.**

Lungomare Starita n. 6

B a r i

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2008, pubblicata sul BURP n. 38 dell' 11/03/2009 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ con riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta ASL e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- A)  **Di essere inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) di codesta ASL.**

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del 23/3/2005 che regolamentano gli incarichi di sostituzione.

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Certificato di residenza o autocertificazione  
 Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.  
 Copia documento valido di identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**FAC-SIMILE (B)****Spett.le ASL BA - U.O. G.A.P.C.**

Lungomare Starita n. 6

B a r i

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ voto di laurea \_\_\_\_\_ data di laurea \_\_\_\_\_ in  
possesso dell'attestato di idoneità di emergenza sanitaria conseguito il  
\_\_\_\_\_ presso la ASL \_\_\_\_\_ in servizio  
con incarico provvisorio a tempo determinato a far data dal  
\_\_\_\_\_ con riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta  
ASL e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A )  **Di essere inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) di codesta ASL.**

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del 23/3/2005 che regolamentano gli incarichi di sostituzione.

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
- Attestato di servizio dal quale risulti la decorrenza dell'incarico a tempo determinato.
- Copia documento valido di identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**FAC-SIMILE (C)****Spett.le ASL BA - U.O. G.A.P.C.**

Lungomare Starita n. 6

B a r i

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ voto di laurea \_\_\_\_\_ data di laurea \_\_\_\_\_ in  
possesso dell'attestato di idoneità di emergenza sanitaria conseguito il  
\_\_\_\_\_ presso la ASL \_\_\_\_\_ con  
riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta ASL e del quale dichiara di avere  
piena conoscenza in quanto pubblicato sul BURP n \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A )  **Di essere** inserito nella graduatoria aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) di codesta ASL.

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del 23/3/2005 che regolamentano gli incarichi di sostituzione.

Allega alla presente a pena di esclusione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
- Copia documento valido di identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_