

ASL BA BARI

Avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di continuità assistenziale.

E' indetto avviso pubblico per a formazione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL BA, ai sensi dell' art. 71 dell'ACN del 23/3/2005 e art 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008

Art. 71 ACN 23/3/2005 - art. 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008 Reperibilità Domiciliare

Possono dare la loro disponibilità ad effettuare turni di reperibilità, non coperti dai medici ex art 63 e 70 dell'ACN 23/3/2005, nell'ordine i medici:

- A) inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2008 di cui al BURP n. 38 dell'11/04/2008 con priorità per quelli residenti nell'Azienda BA; utilizzare l'ALL A)**
- B) che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale ma non inseriti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2008 che non abbiano in atto alcun rapporto di lavoro di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN 23/3/2005; utilizzare l'ALL B)**
- C) che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 che non abbiano in atto alcun rapporto di lavoro, giusta norma finale n 5 dell'ACN del 23/3/2005; utilizzare l'ALL. C)**
- D) medici frequentanti il Corso Triennale di Formazione in Medicina Generale; utilizzare l'ALL. D)**
- E) medici frequentanti corsi di specializzazione; utilizzare l'ALL. E)**

I medici di cui alla lett A) verranno graduati con il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore anno 2008

I medici di cui alle lettere B), C), D), E) verranno graduati, nell'ambito di ogni singolo raggruppamento, secondo i seguenti criteri:

- Minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- Voto di laurea;
- Anzianità di laurea

Gli aspiranti, entro 15 gg dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP, possono presentare apposita domanda in carta semplice, corredata da fotocopia di un valido documento di

identità e dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000: dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, voto di laurea, data di laurea ,posizione in graduatoria regionale, punteggio della graduatoria regionale, rapporti di lavoro in atto, iscrizioni a corsi di specializzazioni o a corsi di formazione di medicina generale secondo il FAC-SIMILE allegato.

Ogni aspirante dovrà esprimere nella domanda di partecipazione, a pena di esclusione, una sola opzione in merito alla scelta del distretto in cui intende garantire la reperibilità domiciliare.

A tale riguardo, si riportano qui di seguito i distretti della ASL BA:

- Dist. 1 Molfetta- Giovinazzo
- Dist 2 Corato- Ruvo-Terlizzi
- Dist 3 Bitonto -Palo del Colle
- Dist 4 Altamura- Gravina-Santeramo-Poggior-sini
- Dist 5 Grumo-Acquaviva- Cassano-Binetto-Sannicandro-Toritto
- Dist 6 Bari Nord
- Dist 7 Bari Centro
- Dist 8 Bari Sud
- Dist 9 Modugno- Bitetto-Bitritto
- Dist 10 Triggiano-Adelfia-Cellamare- Capurso-Valenzano
- Dist 11 Mola-Noicattaro-Rutigliano
- Dist 12 Conversano- Putignano- Monopoli
- Dist 13 Gioia- Turi-Casamassima- Sannicchiele
- Dist 14 Putignano- Noci- Alberobello-Castellana- Locorotondo

Per ogni distretto sarà costituito un contingente minimo proporzionato alle sedi che insistono nel distretto.

Nel caso di opzioni in esubero rispetto al contingente gli aspiranti saranno iscritti d'ufficio ad altro distretto appartenente alla ASL BA, nel rispetto della residenza dei singoli aspiranti e del distretto confinante

Tutte le domande devono essere 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. - Lungomare Starita 6 - 70123 BARI entro 15 gg dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BURP. Non sono

ammesse altre modalità di invio della domanda di partecipazione all'avviso pubblico.

Art 71 ACN 23/3/2005 - Reperibilità domiciliare

- Delle domande presentate dagli aspiranti di cui alla lett. A) saranno redatti appositi elenchi per quanti sono i distretti della ASL BA 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.

- Delle domande presentate dagli aspiranti di cui alle lett. B), C), D), E) saranno redatti appositi elenchi distinti per quanti sono i distretti di questa ASL,

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

ALL.A) Per gli aspiranti della lett A)

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
 Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____
 n. _____ Recapito Telefonico _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;
- d) Di essere incluso al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2008, pubblicata sul BURP n. 38 dell' 11/3/2009;
- e) **DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS N _____**

Di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Recapito. Telef. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.B) Per gli aspiranti della Lett B)

ASL BA
U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede
di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____
n. _____ Recapito Telefonico _____;

c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;

d) Di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data _____ e di non essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale anno 2008;

e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro;

f) DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS
N. _____

Di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Recapito. Telef. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ASL BA

ALL.C) per gli aspiranti della lettC)

U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;
- b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____
n. _____ Recapito Telefonico _____;
- c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;
- d) Di aver acquisito l'Abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e precisamente in data _____;
- e) di avere/non avere in atto alcun rapporto di lavoro;
- f) DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS
N. _____;

Di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Recapito. Telef. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ASL BA

ALL.D) per gli aspiranti della lett D)

U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____
n. _____ Recapito Telefonico _____;

c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;

d) Di essere frequentante il Corso di Formazione in Medicina Generale triennio _____;

e) DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS
N. _____;

Di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Recapito. Telef. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ASL BA

ALL.E) per gli aspiranti della lett E)

U.O. G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul BURP n. _____ del _____,

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato a _____ il _____ Cod. Fisc. _____;

b) Di risiedere nel Comune di _____ CAP. _____ Via _____

n. _____ Recapito Telefonico _____;

c) Di essersi laureato in data _____ con voto _____ Università di _____;

d) Di essere frequentante il Corso di Specializzazione in _____;

e) DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS N. _____;

Di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni;

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Dr. _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Recapito. Telef. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile