



AVVISO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARSI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE PER LE ATTIVITA' PREVISTA DALL'ACN PER I RAPPORTI CON I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.GLS. N. 502/1992 e s.i.m

In relazione al disposto di cui all'art. 15 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta del 2005 e s.m.i. (di seguito ACN), come modificato dall'art.2 dell'ACN 2016/2018 e dall'art.2 dell'ACN di marzo 2018, questa Azienda, deve redigere una apposita graduatoria di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di sostituzione delle attività previste dall'ACN nelle sedi Aziendali. La graduatoria di cui al presente Avviso sarà valida per un anno o, comunque fino alla formazione di nuova graduatoria, e verrà predisposta in relazione al disposto di cui all'art. 2 dell'ACN 2018 (e s.m.i.) che ha modificato l'art. 15 dell'ACN 2005 (e s.m.i) per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

I pediatri di cui alla lettera a) saranno graduati sulla base del punteggio della graduatoria regionale.

I Pediatri di cui al punto b) saranno graduati nell'ordine di anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Le domande di partecipazione al presente Avviso devo pervenire alla ASM, a pena di esclusione, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, debitamente compilate e sottoscritte, in bollo secondo le norme vigenti, utilizzando l'allegato modello.

Gli interessati, nella domanda di inserimento in graduatoria, dovranno indicare a pena di esclusione in forma di autocertificazione:

- nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici, E-mail e PEC;
- data, università e voto di laurea, ordine dei medici di iscrizione e numero di iscrizione;
- eventuali rapporti di lavoro pubblico o privato, borse di studio in godimento;

- eventuale iscrizione nella graduatoria della Regione Basilicata e punteggio.

Le domande che perverranno successivamente alla data di scadenza, saranno inserite in una graduatoria aggiuntiva che potrà essere utilizzata nel caso di indisponibilità di medici nella graduatoria Aziendale, i medici saranno graduati con gli stessi criteri per quelli non inseriti nella graduatoria regionale.

La domanda indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, dovrà pervenire secondo una delle seguenti modalità e comunque, entro le ore 24:00 del giorno di scadenza:

- Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it, indicando nell'oggetto : “ Avviso incarichi provvisori PLS anno 2022”, l'Azienda si riserva di richiedere la copia cartacea;
- Consegna diretta all'ufficio Protocollo Aziendale sito in Matera alla Via Montescaglioso SNC75100 Matera. Con oggetto :“ Avviso incarichi provvisori PLS anno 2022” ;

Alla domanda dovrà essere allegato, a pena di esclusione, copia del documento di identità in corso di validità.

Il presente avviso sarà pubblicato esclusivamente sul sito web aziendale : www.asmbasilicata.it.

I medici inseriti nella predetta graduatoria aziendale saranno convocati, presso la sede amministrativa Aziendale per il conferimento di eventuali incarichi provvisori, di cui al presente avviso.

Per ulteriori informazioni contattare i seguenti recapiti telefonici: 0835/253634 -0835/986720. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere e si procederà alla cancellazione della graduatoria aziendale.

La graduatoria sarà pubblicata all'albo pretorio on line della ASM, nel rispetto delle norme sulla riservatezza. In ogni caso gli interessati potranno prendere visione della versione completa presso i competenti uffici dell'Azienda.

Gli incarichi eventualmente disponibili, saranno assegnati sulla base della graduatoria di che trattasi con le procedure indicate nell'ACN (art. 36 e 37)

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. e all'AIR per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera scelta.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Matera lì, _____

Il Responsabile
della SSD Gestione dei Rapporti con i MMG e PLS
dott. Giuseppe Taratufolo

Marca da bollo

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria di Matera

Via Montescaglioso

75100 Matera

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria ASM per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato o di sostituzione nelle attività previste dall'ACN per i rapporti con i PLS del 2009 e s.i.m. nelle sedi Aziendali. Per l'anno 2022.

Il sottoscritto Dott. _____

nome

cognome

nato a _____ () il _____

Codice fiscale _____, residente a _____

_____ () in via _____ n. _____

tel n. _____ cell. n. _____ indirizzo di posta elettronica _____

domicilio di recapito, se diverso dalla residenza _____.

CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nelle attività di cui all'ACN per i rapporti con i PLS 2009 e s.i.m. nella ASM di Matera, di cui all'avviso pubblicato sul sito della ASM il _____.

A tal fine , ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

DICHIARA

- di essere residente in via _____
- a _____ ();
- Di essersi laureato in data _____ presso l'Università di _____ con
votazione _____ ;
- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di _____ dal _____
n. iscrizione _____
- Di essere/non essere* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;
- Di essere in possesso della specializzazione in pediatria o equipollente, conseguita il
_____, presso l'Università degli Studi di _____
- Di essere/non essere* incaricato presso l'ASL _____ di _____ quale medico
addetto al Servizio di _____ con incarico a tempo determinato o
scadente il _____, o indeterminato dal _____
- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'ACN;
- Di svolgere/non svolgere* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre

quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti, in caso negativo scrivere : NESSUNA)

(* cancellare la dizione che NON interessa)

Comunica la PEC _____ .

Si impegna a comunicare alla ASM ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità (art. 17 ACN).

Dichiara inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ Firma _____