



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U. O. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce

e-mail convenzioni@ausl.le.it

tel. 0832.215313 - Fax 0832.343842

tel. 0836.420786 - Fax 0836.420787

Prot. n. 161 FFO

_____ li 4/11/2011

AVVISO

OGGETTO: SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE – Avviso pubblico per conferimento incarichi provvisori , di sostituzione e di reperibilità domiciliare .

**A TUTTI I DISTRETTI
SOCIO SANITARI
DELLA ASL LECCE
LORO SEDI**

**A TUTTE LE AA.SS.LL
DELLA REGIONE PUGLIA
LORO SEDI**

**ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA
PROVINCIA DI LECCE**

**AI SINDACATI PROVINCIALI
S.M.I. – S.U.M.A.I. – F.I.M.G. –
S.N.A.M.I.
C.G.L.L**

**AGLI UFFICI RELAZIONI
CON IL PUBBLICO
LORO SEDI**

**UFFICIO AFFARI GENERALI
ASL LECCE**

**e p.c. ASSESSORATO ALLE
POLITICHE DELLA
SALUTE DELLA
REGIONE PUGLIA
SEDE**

Si rende noto che a seguito della pubblicazione della Graduatoria Regionale definitiva relativa all'anno 2010, pubblicata sul BURP n. 140 del 12/09/2010, questa ASL indice il presente Avviso Pubblico per il conferimento degli incarichi di sostituzione, provvisori e di reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale.

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento:

- 1. I medici inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva per l'attività di Medicina Generale anno 2010;**

2. I medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione nella graduatoria regionale (norma transitoria n. 4 dell'ACN);
3. I medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/94 (norma finale n. 5 dell'ACN).

Hanno altresì titolo a partecipare al presente procedimento i Medici titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL Lecce le cui domande saranno incluse in separato elenco di disponibilità, graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico, ai fini del conferimento di eventuali aumenti di orario per ulteriori 12 ore settimanali ai sensi dell'art. 70 comma 5 dell'ACN e dell'art. 42 dell'AIR.-

I medici interessati all'inclusione nella graduatoria e negli elenchi di cui sopra dovranno inviare istanza, corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata a: ASL Lecce – U.O. Convenzioni – Sede di Maglie - Via P. De Lorentis, 29 -73024 Maglie, mediante raccomandata A.R., entro e non oltre 20 gg. dalla data del presente Avviso. A tal fine farà fede il timbro data dell'Ufficio Postale accettante.

Gli eventuali incarichi provvisori e di sostituzione saranno conferiti per una durata massima di 12 mesi, ai sensi dell'art. 70 comma 8 dell'ACN.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schema allegato al presente bando gli aspiranti, dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, a pena di esclusione, i dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2010 con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo anche precario.

Sulla base del punteggio conseguito dai medici inseriti nella graduatoria regionale valida per l'anno 2010 pubblicata sul BURP n.140 del 12/09/2011, che abbiano inoltrato valida domanda, sarà predisposta la graduatoria aziendale, riportando in posizione prioritaria i medici residenti nel territorio dell'Azienda ai sensi dell'art. 70 comma 4 dell'ACN vigente.

Le domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori ai sensi della norma transitoria n. 4 e della norma finale n. 5 dell'ACN vigente saranno graduate, secondo le priorità ivi previste nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea e anzianità di laurea, con la predisposizione di appositi separati elenchi che saranno utilizzati (prima quello della norma transitoria n. 4 e dopo quello della norma finale n. 5) solo in caso di carente disponibilità dei medici inseriti nella graduatoria aziendale formulata sulla scorta di quella regionale vigente e valida per l'anno 2010.

Le domande dei medici già titolari a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL Lecce, saranno incluse in separato elenco a livello Aziendale graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico.

Per quanto riguarda la reperibilità domiciliare prevista dall'art. 71 dell'ACN e dall'art. 43 dell'Accordo Integrativo Regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/01/2008 sarà predisposto un elenco a livello Aziendale da valere per tutti i Distretti, contenente i nominativi dei medici che hanno dato la loro disponibilità nel rispetto della posizione conseguita nella graduatoria regionale per l'anno 2010 riportando in posizione prioritaria i

medici residenti nel territorio della ASL Lecce nel seguente ordine:

- 1. Medici incaricati ai sensi dell'art. 63 e 70 dell'ACN;**
- 2. Medici di cui alla norma transitoria n. 4 dell'ACN;**
- 3. Medici di cui alla norma finale n. 5 dell'ACN;**

I dati personali forniti dai concorrenti a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni. Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso potrà essere richiesta all'U.O. Gestione Personale Convenzionato, telefonando al n. 0836- 420786. (Dr.ssa Brunella Paragnani).

I destinatari in indirizzo sono invitati a dare la massima diffusione al presente avviso.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Valdo MELLONE)



Il Dirigente Amministrativo
(dott. Cosimo Limastrogiovanni)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cosimo Limastrogiovanni', is written below the text identifying the administrative director.

ASL LECCE –
U.O. CONVENZIONI
SEDE DI MAGLIE
VIA P. DE LORENTIIS, N. 29
73024 MAGLIE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali di sostituzione e provvisori – nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LECCE.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico del _____ prot. n. _____, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria e degli elenchi separati per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori – reperibilità domiciliare- nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL Lecce.

A tal fine dichiara

- a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;
- b) Codice ENPAM _____;
- c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;
- d) recapito telefonico _____;
- e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;
- f) di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL Lecce:
- essendo incluso al n. _____, con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2010, pubblicata sul BURP n. 140 del 12/09/2010;
 - di non essere inserito nella graduatoria regionale e., quindi, di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'ACN del 23/03/2005, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale in data _____;
 - di non essere inserito nella graduatoria regionale e, quindi di concorrere per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'ACN del 23/03/2005, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/94;
- g) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____;
- h) di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- i) di non aver riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale ;
- j) 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 N. 1 Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici e 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. _____ Rec. Telef. _____;

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

SEDE DI MAGLIE
U.O. CONVENZIONI
SEDE DI MAGLIE
VIA P. DE LORENTIIS, N. 29
73024 MAGLIE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi temporanei a completamento orario per i Medici titolari di incarico a tempo Indeterminato – nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LECCE.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico del _____ prot. n. _____, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria e degli elenchi separati per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori – nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL Lecce.

A tal fine dichiara

- a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;
- b) Codice ENPAM _____;
- c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;
- d) recapito telefonico _____;
- e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della Sede di _____, dal _____ e di concorrere ai fini dell'inserimento in separato elenco per eventuale aumento di orario per ulteriori 12 ore settimanali;
- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- di non aver riportato provvedimenti disciplinari, né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- 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.

Ai fini della predisposizione di distinte graduatorie, il sottoscritto dichiara la propria disponibilità ad effettuare il completamento orario (Indicare in ordine di preferenza)::

- () presso le Sedi di Continuità Assistenziale dove vi è carenza (prioritariamente nel Distretto di appartenenza);
- () presso l'Hospice di San Cesario di Lecce;
- () presso il Pronto Soccorso dei Presidi ospedalieri a supporto dell'attività relativa ai codici bianchi e verdi.
- () presso i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (SERT)

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. _____ Rec. Telef. _____;

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER REPERIBILITA' DOMICILIARE**

**ASL LECCE -
U.O. CONVENZIONI
SEDE DI MAGLIE
VIA DE LORENTIIS, N. 29
73024 MAGLIE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____
Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

di concorrere per l'inserimento nella graduatoria dei medici per l'attivazione dell'istituto della reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale presso i Distretti della ASL Lecce, come da avviso pubblico del _____ prot. n. _____

A tal fine dichiara:

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della sede di _____ dal _____;
- di essere incluso nella graduatoria definitiva regionale per l'anno 2010 al n° _____ con punti _____;
- di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n.256/91 (conseguito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale) – **norma transitoria n.4**;
- di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/94- **norma finale n. 5**;
- di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____;
- 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 modifiche e integrazioni.

Ai fini della predisposizione di graduatorie distinte il sottoscritto dichiara di essere disponibile ad effettuare la reperibilità nel Distretto di _____;

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. _____ Rec. Telef. _____;

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile