

ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI

Viale Don Minzoni, 8 - 73100
tel. 0836.215313 - Fax 0832.215358
e-mail: convenzioni@ausl.le.it

*Prot. 55824
del 12-4-2018*

Pregg.mi

Distretti Socio Sanitari ASL Lecce

AA.SS.LL. Regione Puglia

Ordine dei Medici Provincia di Lecce

O.O.S.S. FIMG-SNAMI - SMI - CGIL - SUMAI

URP ASL LE

Loro Sedi

AVVISO PUBBLICO

**per conferimento di incarichi medici provvisori e di sostituzione presso l'Istituto Penitenziario di Lecce
Borgo San Nicola -**

Si rende noto che a seguito del trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni svolte dal Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria, ai sensi del Decreto Legislativo n.230 del 1999 e della Legge n. 244 del 24/12/2007 e del DPCM 1° aprile 2008, questa ASL indice il presente Avviso Pubblico per la formulazione di una graduatoria da cui attingere per il conferimento di incarichi medici provvisori e di sostituzione presso l'Istituto Penitenziario di Lecce-Borgo San Nicola.

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento i medici secondo le priorità sottoriportate

1. Medici inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva per l'attività di Medicina Generale anno **2018**, pubblicata sul BURP n. 9 del 18/01/2018.
2. 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 della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (norma transitoria n. 4 dell'ACN);
3. Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale n. 5);
4. Medici titolari di incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL Lecce, 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 della Medicina Generale;

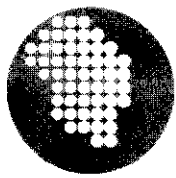
I medici interessati all'inclusione nella suddetta graduatoria dovranno inviare istanza in carta semplice, corredata di fotocopia di un valido documento di riconoscimento, indirizzata a:

ASL Lecce - U.O. Gestione Rapporti Convenzionali - Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce,

mediante **raccomandata A.R.**, entro e non oltre **15 giorni** dalla data di pubblicazione del presente Avviso.

A tal fine farà fede il timbro data dell'Ufficio Postale accettante.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schemi allegati 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 2018 con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo anche precario.



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI

Viale Don Minzoni, 8 - 73100

tel. 0836.215313 - Fax 0832.215358

e-mail: convenzioni@ausl.le.it

La graduatoria aziendale per il conferimento degli incarichi convenzionali c/o l'Istituto Penitenziario di Lecce Borgo San Nicola sarà predisposta rispettando l'ordine di priorità suddetto.

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.

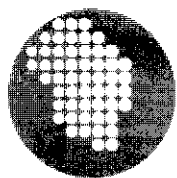
Ai medici incaricati saranno applicate per quanto compatibili le norme dell'ACN della Medicina Generale vigente.

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



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Ottavio Narracci)

IL DIRIGENTE U.O.G.R.C.
(Dr. Cosimo Dimastrogiovanni)



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI

Viale Don Minzoni, 8 – 73100

tel. 0836.215313 – Fax 0832.215358

e-mail: convenzioni@ausl.le.it

ASL LECCE –
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8 73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali di **sostituzione e provvisori** – presso l'Istituto Penitenziario di Lecce - Borgo San Nicola-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria e degli elenchi separati per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori presso la **Casa Circondariale di 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 **2018**, pubblicata sul BURP n. 9 del 18/01/2018;
- di non essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2018 e, quindi, di concorrere per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'ACN, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale in data _____;
- di non essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2018 e, quindi di concorrere per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'ACN, 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 copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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

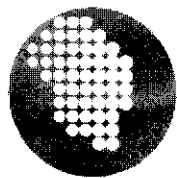
Dr. _____ Comune _____

Prov. _____ cap _____ Via _____ n. _____;

Apporre una crocetta in corrispondenza della linea interessata.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI

Viale Don Minzoni, 8 - 73100
tel. 0836.215313 - Fax 0832.215358
e-mail: convenzioni@ausl.le.it

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIALE DON MINZONI, 8 73100 LECCE

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** - presso l'Istituto Penitenziario di Lecce - Borgo San Nicola.

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso Pubblico, chiede di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria e degli elenchi separati per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori - presso la **Casa Circondariale di Lecce Borgo San Nicola**.

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 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;

g) di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale;

h) di non aver riportato provvedimenti disciplinari, né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;

i) 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 _____ cap _____ Via _____ n. _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile