

ASP**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA****AVVISO DI SORTEGGIO**

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.6, commi 2 e 3, del DPR 483/97 e ss.mm.ii, si rende noto che **alle ore 12,00 di Mercoledì 4 Aprile 2012** è convocata nuovamente, presso la Sede Centrale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza — Via Torraca n.2 — la Commissione per l'espletamento delle procedure per il sorteggio dei componenti Titolare e Supplente della Commissione Esaminatrice del Concorso pubblico di seguito specificato:

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura a tempo indeterminato di **n.1 (uno) posto di Dirigente Medico — Area Medica e delle Specialità Mediche — disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza** (pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata — Parte II — n. 29 del 01.09.2011 e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana — 4° serie speciale — "Concorsi ed Esami" n.74 del 16.09.2011).

Il sorteggio è aperto al pubblico.

Potenza, 20.02.2012

IL DIRIGENTE

AMMINISTRATIVO

DR.SSA ROSA COLASURDO

ASP**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA**

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 ai sensi dell'art. 97 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009, per consentire la provvista di personale medico necessario al mantenimento, in forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ);

Possono concorrere al conferimento degli

incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118), nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

- A) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della Regione, con priorità per quelli della stessa Azienda;**
- B) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende di altre Regioni;**
- C) I medici incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda, o altra Azienda della Regione, nel servizio di continuità assistenziale, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005, inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2011 di cui al BUR n. 21, parte I, del 16/07/2011;**
- D) I medici inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2011 di cui al BUR n. 21, parte I, del 16/07/2011, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005;**
- E) I medici in possesso del solo attestato di idoneità di cui all' art 96 del vigente ACN.**

Gli aspiranti di cui alle lettere A) e B), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafici, recapiti telefonici, anzianità nell'incarico, come da FAC-SIMILE allegato A) o B).

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

1. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
2. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
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 BUR possono presentare apposita domanda, in carta semplice, completa di dati anagrafi-

ci, recapiti telefonici, posizione occupata nella graduatoria regionale e relativo punteggio, anzianità nell'incarico, come da FAC-SIMILE allegato (C).

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

1. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
2. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza.
3. Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.
4. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti di cui alla lettera D), entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR 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 D).

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. Fotocopia di valido documento di identità.

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

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. Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la detenzione o meno di rapporti di lavoro e l'eventuale titolarità di borse di studio.
3. Fotocopia di valido documento di identità.

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett. E) 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.

Per gli aspiranti di cui alle lettere C), D), ed E) costituisce titolo preferenziale, a parità di punteggio, il servizio svolto nell'emergenza sanitaria.

Le istanze, redatte come da FAC-SIMILI allegati, devono essere spedite entro il termine di 15 gg. dalla pubblicazione sul BUR, mediante Raccomandata AR (a tal fine fa fede il timbro postale) o consegnate, entro lo stesso termine, all'Ufficio Protocollo, al seguente indirizzo:

Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)

Ambito Territoriale Ex ASL 3

Via Piano dei Lippi, 3

85042 LAGONEGRO (PZ)

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 29/07/2009 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a sei mesi, con assegnazione d'ufficio alla postazione lavorativa.

Delle domande presentate, saranno redatte distinte graduatorie per gli aspiranti di cui alla lett. A), B), C), D) ed E) che saranno utilizzate secondo il "criterio dello scorrimento" a partire da quella di cui alla lettera A).

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 29/07/2009 ed ai relativi accordi integrativi regionali 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 Dott. Giacomo Chiarelli tel. 320/4990303 ovvero al Dott. Roland Cellini tel. 320/4990345.

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

Il Direttore Generale

Dott. Mario Marra

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Ambito Territoriale ex ASL 3
Via Piano dei Lippi, 3
85042 LAGONEGRO (PZ)

FAC – SIMILE (A)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso l’Azienda
Sanitaria _____, con riferimento all’avviso pubblico indetto da codesta
Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n.
_____ del _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) per il mantenimento, in
forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ).

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell’ACN del
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Fotocopia di valido documento di identità.

data _____

firma _____

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Ambito Territoriale ex ASL 3
Via Piano dei Lippi, 3
85042 LAGONEGRO (PZ)

FAC – SIMILE (B)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso l’Azienda
Sanitaria _____, con riferimento all’avviso pubblico indetto da codesta
Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n.
_____ del _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) per il mantenimento, in
forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ).

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell’ACN del
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Fotocopia di valido documento di identità.

data _____

firma _____

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Ambito Territoriale ex ASL 3
Via Piano dei Lippi, 3
85042 LAGONEGRO (PZ)

FAC – SIMILE (C)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____
titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale presso l'Azienda
Sanitaria _____, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96
dell'ACN 23/02/2005, incluso nella graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale
valevole per l'anno 2011 – pubblicata sul BUR n. 21 del 16/07/2011 al posto _____ con punteggio
_____, con riferimento all'avviso pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di
avere piena conoscenza in quanto ne ha preso visione sul BUR n. _____ del _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) per il mantenimento, in
forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ).

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 sullo stato di servizio.
- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'ACN
23/03/2005.
- Fotocopia di valido documento di identità.

data _____

firma _____

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Ambito Territoriale ex ASL 3
Via Piano dei Lippi, 3
85042 LAGONEGRO (PZ)

FAC – SIMILE (F)

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 2011, pubblicata sul
BUR n. 21, parte I, del 16/07/2011 al posto n. _____ con punti _____, con riferimento
all'avviso pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in
quanto ne ha preso visione sul BUR n. _____ del _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) per il mantenimento, in
forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ).

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la residenza.
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento di identità valido

data _____

firma _____

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Ambito Territoriale ex ASL 3
Via Piano dei Lippi, 3
85042 LAGONEGRO (PZ)

FAC – SIMILE (G)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ CAP _____ Via _____
n. _____ codice fiscale _____ recapito telefonico _____
voto di laurea _____ data di laurea _____, in possesso di attestato di idoneità di
emergenza sanitaria conseguito il _____ presso _____, con riferimento all'avviso
pubblico indetto da codesta Azienda e del quale dichiara di avere piena conoscenza in quanto ne ha
preso visione sul BUR n. _____ del _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di codesta Azienda da utilizzare per il conferimento di
incarichi provvisori nel servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) per il mantenimento, in
forma sperimentale, del PTS di 2° livello (A.M.) di Senise (PZ).

Il sottoscritto dichiara di avere piena consapevolezza delle norme contenute nell'ACN del
23/05/2005 che regolamentano gli incarichi provvisori e di sostituzione.

Allega alla presente domanda:

- Autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000 circa la detenzione o meno di rapporti di
lavoro e l'eventuale titolarità di borse di studio.
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento di identità valido

data _____

firma _____