



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. ASSISTENZA PRIMARIA  
Ufficio Gestione Convenzioni  
Via Piano dei Lippi, 1  
85042 Lagonegro

Prot. n. 51615 del 13-05-2019

**AVVISO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARSI PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, DELLA DURATA MASSIMA DI 12 MESI, NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELLA REGIONE BASILICATA, AI SENSI DELL'ART. 97 DELL'A.C.N. 29.07.2009.**

Al presente Avviso possono partecipare, solo ed esclusivamente, i medici in possesso dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29.07.2009.

La Graduatoria di cui al presente Avviso sarà valida per un anno o, comunque, fino alla formazione di nuova graduatoria e verrà predisposta a norma dell'art. 97 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29.07.2009 secondo il seguente ordine:

- a) medici inclusi nella Graduatoria Definitiva Unica Regionale (Regione Basilicata) di Medicina Generale, da valere per l'anno 2019, sulla base del punteggio acquisito e con priorità per i medici residenti in regione;
- b) medici esclusi dalla Graduatoria Definitiva Unica Regionale (Regione Basilicata) di Medicina Generale, da valere per l'anno 2019, per abilitazione dopo il 31.12.1994 in assenza di attestato di formazione specifica in medicina generale, sulla base del punteggio acquisito e con priorità per i medici residenti in regione;
- c) medici che non hanno prodotto alcuna domanda per l'inserimento nella Graduatoria Definitiva Unica Regionale, secondo le seguenti priorità:
  - residenza nell'ambito della Regione Basilicata;
  - anzianità di servizio effettivo nell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

In caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

**Le domande di disponibilità, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro e non oltre il 28 MAGGIO 2019 ORE 13.00 (NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE), da parte dei medici interessati all'espletamento degli incarichi provvisori che saranno conferiti presso varie sedi del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale nel mese di LUGLIO 2019 sulla base del fabbisogno di personale medico individuato dal DEU.**

La domanda di disponibilità presentata dagli interessati dovrà contenere necessariamente, nel modo più chiaro possibile, il proprio indirizzo di posta elettronica (PEC) a cui questa U.O.C. potrà far pervenire ogni eventuale comunicazione e/o convocazione.



**I medici che faranno pervenire le domande di disponibilità, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, successivamente alla data del 28 MAGGIO 2019, verranno inseriti nella suddetta graduatoria di disponibilità e potranno, eventualmente, essere contattati tramite PEC, secondo l'ordine della stessa graduatoria, in caso di ulteriori carenze che si dovessero verificare fino alla formazione di nuova graduatoria.**

Le predette domande di disponibilità da indirizzarsi **ALL'ASP DI POTENZA, DIRETTORE DELL'U.O.C. ASSISTENZA PRIMARIA, DOTT. CELLINI ROLAND**, dovranno pervenire secondo una delle seguenti modalità:

- lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 Lagonegro;
- Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it);
- Fax al seguente numero: 0973/21730;
- consegna diretta all'Ufficio Protocollo di una delle sedi amministrative dell'ASP di Potenza.

Alla domanda di disponibilità dovranno essere allegati, a pena di esclusione, copia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'A.C.N. vigente e copia del documento di identità, in corso di validità.

Il presente Avviso è pubblicato esclusivamente sul sito web aziendale [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it)

I medici inseriti nella predetta graduatoria aziendale saranno convocati, **esclusivamente a mezzo PEC**, presso la sede amministrativa di Lagonegro per il conferimento di eventuali incarichi provvisori nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Per ulteriori informazioni contattare il Servizio Assistenza Primaria di Lagonegro ai seguenti recapiti telefonici: 0973/48578 – 0973/48521.

**Il Direttore**  
**dell'U.O.C. Assistenza Primaria**  
**Dott. Roland CELLINI**





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Al Direttore  
U.O.C. Assistenza Primaria  
Dott. Roland Cellini  
Via Piano dei Lippi, 1  
85042 LAGONEGRO

Il/La sottoscritto/a Dott.re/sssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel n. \_\_\_\_\_  
cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_  
domicilio di recapito, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria di disponibilità valida per il conferimento di incarichi provvisori nel **SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELLA REGIONE BASILICATA**.  
A tal fine, ai sensi e per gli 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 essersi laureato/a in medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'A.C.N. vigente, conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- Di aver prestato i seguenti servizi in qualità di medico convenzionato per l'emergenza territoriale:
  - Incarico di emergenza territoriale in convenzione presso ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_;
  - Incarico di emergenza territoriale in convenzione presso ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_;
  - Incarico di emergenza territoriale in convenzione presso ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di ore \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere iscritto/a nella Graduatoria Definitiva Unica Regionale (Regione Basilicata) di Medicina Generale, da valere per l'anno 2019;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- Di essere /non essere iscritto/a al Corso di Formazione in Medicina Generale o Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91 (l'iscrizione comporta motivo di incompatibilità);
- Di essere/non essere incaricato/a presso l'ASL\_\_\_\_\_quale medico addetto al Servizio di\_\_\_\_\_con incarico a tempo determinato scadente il\_\_\_\_\_;
- Di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come medico convenzionato e/o dipendente presso soggetti pubblici o privati;

Si impegna a comunicare all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità.

**Dichiara di aver preso visione e di accettare che l'Azienda contatterà il candidato a mezzo posta elettronica certificata (PEC) o in caso di urgenza tramite telefono, agli indirizzi e recapiti dichiarati nella presente domanda.**

**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.**

**Data.....**

**Firma.....**