



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

Prot. n. 65912 del 7 GIU. 2017

AVVISO PER LA FORMAZIONE DI 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, a norma dell'art. 97 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29.07.2009, sarà valida per un anno o, comunque, fino alla formazione di nuova graduatoria e verrà predisposta secondo il seguente ordine:

- a) medici inclusi nella Graduatoria Definitiva Unica Regionale (Regione Basilicata) di Medicina Generale, da valere per l'anno 2017, 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 2017, 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 al momento del conseguimento della laurea, 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 22 GIUGNO 2017 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 2017;



I medici che faranno pervenire le domande di disponibilità, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, successivamente alla data del 22 GIUGNO 2017, verranno inseriti nella suddetta graduatoria di disponibilità e potranno, eventualmente, essere contattati, 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, tutte indirizzate ALL'ASP DI POTENZA, DIRETTORE DELL'U.O.C. ASSISTENZA PRIMARIA, DOTT. CELLINI ROLAND, dovranno pervenire secondo le 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;
- 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

Per eventuali informazioni contattare il Servizio Assistenza Primaria di Lagonegro al seguente recapito telefonico: 0973/48578.

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



Al Direttore
U.O.C. Assistenza Primaria
Dott. Roland Cellini
Via Piano dei Lippi, 1
85042 LAGONEGRO
Fax: 0973.21730

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nato 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 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 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 2017;



- 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 telegramma, posta elettronica, o in caso di urgenza 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.....