

(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 23/03/2005, 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 inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2010 di cui al BUR n. 22, parte I, del 01/06/2010, in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005;

B) I medici, non inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2010, già incaricati a tempo determinato, che abbiano conseguito l'attestato di idoneità di cui all'art. 96 dell'ACN 23/3/2005;

A tal fine gli aspiranti di cui alla lett. B) saranno graduati in un elenco separato. La graduazione avverrà nell'ordine: anzianità nel servizio, residenza, voto di laurea, anzianità di laurea, minore età.

C) I medici in possesso del solo attestato di idoneità di cui all' art 96 del vigente ACN, giusta norma transitoria n. 7 dell'ACN del 23/3/2005.

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

Gli aspiranti di cui alla lettera A), 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 (A).

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. Certificato di residenza in carta semplice o autocertificazione ai sensi della legge n. 445/2000;
3. Fotocopia di valido documento di identità.

Gli aspiranti di cui alla lettera 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, come da FAC-SIMILE allegato B).

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. Attestato di servizio dal quale risulti la decorrenza dell'incarico a tempo determinato in atto.
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 anagrafici, recapiti telefonici, come da FAC-SIMILE allegato C).

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. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio atte-

stante eventuali altre attività lavorative prestate o iscrizioni a corsi di specializzazione.

3. Fotocopia di valido documento di identità

Per gli aspiranti di cui alle lettere A), B) e C) 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 23/3/2005 e delle leggi regionali e per una durata non superiore a dodici mesi, con assegnazione d'ufficio alla postazione lavorativa.

Delle domande presentate, sarà redatta una graduatoria per gli aspiranti di cui alla lett. A) che sarà utilizzata secondo il "criterio dello scorrimento" e secondo l'ordine della graduatoria regionale per l'anno 2010.

Invece, delle domande presentate dagli aspiranti di cui alle lett. B) e C) saranno redatti due distinti elenchi, da utilizzarsi dopo aver esaurito la graduatoria di cui alla lett. A) e comunque prima l'elenco di cui alla lett. B) e poi quello di cui alla lett. C).

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 23/3/2005 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. Roland Cellini tel. 320/4990345 ovvero al Dott. Giacomo Chiarelli tel. 320/4990303.

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

Il Direttore Generale
Dott. Pasquale F. Amendola

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 _____
inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2009, pubblicata sul
BUR n. 24 del 16/05/2009 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 gli attivandi PTS di 2°
livello (A.M.).

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

Allega alla presente domanda:

- Certificato di residenza o autodichiarazione
- 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 (B)

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 _____, in servizio con incarico
provvisorio a tempo determinato a far data dal _____, 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 gli attivandi PTS di
2° livello (A.M.).

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

Allega alla presente domanda:

- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Attestato di servizio dal quale risulti la decorrenza dell'incarico a tempo determinato
- 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 (C)

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 gli attivandi PTS di 2°
livello.

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

Allega alla presente domanda:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio
- Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale
- Copia documento di identità valido

data _____

firma _____