

ASP
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA

Avviso pubblico per incarichi provvisori di Medico nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

In esecuzione della delibera n° 296 del 13/05/2015 è 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 funzionamento delle PP.TT.SS. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza;

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 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 2015 di cui al BUR n. 12, parte I, del 16/03/2015;**
- D) I medici inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2015 di cui al BUR n. 12, parte I, del 16/03/2015, 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 anagrafici, 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)

Via Torraca, 2

85100 POTENZA

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 dodici 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. 345/1639548.

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

Il Direttore Generale

Dott. Giovanni Battista Bochicchio

Spett.le Azienda Sanitaria Locale di Potenza – (ASP)
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

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 funzionamento delle
PP.TT.SS. dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

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)
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

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 funzionamento delle
PP.TT.SS. dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

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)
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

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 2015 – pubblicata sul BUR n. 12, parte I, del 16/03/2015 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 funzionamento delle
PP.TT.SS. dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

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)
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

FAC – SIMILE (D)

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 2015, pubblicata sul
BUR n. 12, parte I, del 16/03/2015 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 funzionamento delle
altre PP.TT.SS. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

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)
Via Torraca, 2
85100 POTENZA

FAC – SIMILE (E)

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 funzionamento delle
PP.TT.SS. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

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 _____