

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Prot. n. 0026103/24

Pescara, 12/03/2024

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA – BRANCA PSICOLOGIA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 20 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 (COME INTEGRATO DALL'ACN 20/05/2021), PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO – 1° TRIMESTRE 2024.

Ai sensi dell'articolo 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali, si rendono noti turni di specialistica ambulatoriale interna disponibili presso l'ASL Pescara nel 1° trimestre 2024, destinati a Laureati in Psicologia – Branca Psicologia - per urgenti fabbisogni rilevati presso la UOSD Centro Diagnosi e Terapia Emofilia, Malattie Trombotiche Emorragiche Ereditarie:

BRANCA	ORE SETTIMANALI E SEDI DI INCARICO	DURATA
PSICOLOGIA Con specifiche competenze e comprovata esperienza nell'assistenza dei pazienti emofilici per la gestione clinica dei pazienti fragili e con peculiari esigenze assistenziali	10 ORE C/O UOSD Centro Diagnosi e Terapia Emofilia, Malattie Trombotiche Emorragiche Ereditarie	INDETERMINATO

Gli aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dalla pubblicazione del presente avviso ed **entro il termine massimo del 27/03/2024**, apposita istanza di partecipazione a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo: protocollo.aslpe@pec.it. Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Pubblicazione ore di specialistica ambulatoriale interna – 1° trimestre 2024 – Branca di "PSICOLOGIA con specifiche competenze e comprovata esperienza nell'assistenza dei pazienti emofilici per la gestione clinica dei pazienti fragili e con peculiari esigenze assistenziali".

Non verranno prese in considerazione istanze di partecipazione pervenute in modi diversi da quello indicato e dopo la scadenza del termine utile per la presentazione dell'istanza medesima, ovvero il 27/03/2024.

Si precisa che:

- l'istanza di partecipazione, redatta secondo il modello allegato alla presente, deve essere firmata dal candidato, con firma autografa oppure con firma digitale, e munita di marca da bollo da € 16,00. Alla dichiarazione sottoscritta con firma autografa dovrà essere allegata copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità. In alternativa, è possibile inviare il modulo con firma digitale senza allegare il documento di identità;
- il candidato che voglia partecipare a più di un turno per la stessa branca/area professionale deve presentare una sola domanda, in cui siano specificati tutti i turni ai quali è interessato;
- la validità dell'invio dell'istanza di partecipazione tramite PEC, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato;
- l'istanza di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf;
- la validità della trasmissione e ricezione dell'istanza e della documentazione ad essa allegata è attestata, rispettivamente, dalle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna;
- l'ASL Pescara non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Per i turni pubblicati ai sensi dell'art. 20, comma 5, del vigente ACN – che richiedono il possesso di particolari capacità professionali e che saranno valutate da apposita Commissione tecnica aziendale, gli specialisti

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

interessati dovranno allegare all'istanza di partecipazione il proprio curriculum vitae in formato europeo, datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostituiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, nonché apposita dichiarazione in merito al possesso delle specifiche competenze richieste, redatta secondo il modello allegato.

È prevista l'esclusione dalla procedura di conferimento degli incarichi in oggetto nelle seguenti ipotesi:

- mancata sottoscrizione, con firma autografa o digitale, dell'istanza di partecipazione da parte del candidato;
- omesso invio, in allegato all'istanza di partecipazione sottoscritta con firma autografa, di copia non autenticata del documento di d'identità in corso di validità del candidato medesimo;
- mancata apposizione, sull'istanza di partecipazione, della marca da bollo da € 16;
- presentazione dell'istanza di partecipazione dopo il termine di scadenza previsto;
- invio dell'istanza di partecipazione da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta elettronica ordinaria.

Si avverte che l'ASL Pescara si riserva la facoltà, in regime di autotutela, di modificare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse. Si allega al presente avviso la seguente documentazione:

1. istanza di partecipazione;
2. dichiarazione in merito al possesso di specifiche competenze *(da compilare solo per i turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali)*.

IL DIRETTORE SANITARIO

ASL PESCARA

Dott. Rossano Di Luzio

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Applicare marca da bollo
da € 16,00

Spett.le ASL di Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara (PE)
PEC: protocollo.aslpe@pec.it

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – 1° TRIMESTRE 2024
IN PSICOLOGIA CON SPECIFICHE COMPETENZE E COMPROVATA ESPERIENZA NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI
EMOFILICI PER LA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI FRAGILI E CON PECULIARI ESIGENZE ASSISTENZIALI A TEMPO
INDETERMINATO.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. ____)
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (prov. _____) in Via
_____ n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC (indirizzo PEC intestato al candidato
obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009) _____
e-mail _____, presa visione della pubblicazione dei turni vacanti
di specialistica ambulatoriale interna relativi al 1° trimestre 2024,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del seguente turno indivisibile di specialistica ambulatoriale pubblicato nel 1° trimestre 2024, destinato a Laureati in Psicologia – branca di Psicologia:

- n. 10 ore settimanali a tempo indeterminato, con specifiche competenze e comprovata esperienza nell'assistenza dei pazienti emofilici per la gestione clinica dei pazienti fragili e con peculiari esigenze assistenziali, da svolgere presso la UOSD Centro Diagnosi e Terapia Emofilia, Malattie Trombotiche Emorragiche Ereditarie.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere (*barrare la casella di interesse*):
 - cittadino italiano
 - cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare: _____);
 - di possedere il diploma di laurea in _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ nella sessione _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale degli Psicologi presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
- _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;

- di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti in oggetto (*barrare la casella di interesse*):

ai sensi dell'art. 21, comma 2, lett. a), in qualità di (*barrare la casella di interesse*):

- titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo (*),
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo (*),

**(specificare, per la fattispecie sopra selezionata, numero di ore, decorrenza dell'incarico, Azienda/Istituto e anzianità di incarico)*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera b), in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante,

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera c), in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità,

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera d), in qualità di specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico di seguito specificate:

n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera e), in qualità di specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione. *Specificare gli incarichi di cui è titolare:*

Branca _____

Azienda _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

dal _____ per n. ore _____, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;

- ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera f), in qualità titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera g), in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa per n. ore _____ dal _____, con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera h), in qualità di professionista iscritto nelle graduatorie di cui all'art. 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi in oggetto, inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno _____ nella branca di _____ alla posizione n. _____;
- ai sensi dell'art. 21, comma 2, lettera i), in qualità di professionista in possesso dei requisiti di cui art. 19 del vigente ACN;
- altro (specificare) _____

e di essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

DICHIARA, altresì

- di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

A tal fine, allega:

- copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità (*da allegare in caso di dichiarazione sottoscritta con firma autografa*);
- copia del proprio curriculum vitae in formato europeo, redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (*da allegare solo per i turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità professionali*);
- dichiarazione sul possesso di particolari capacità.

Lì _____

In fede _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

DICHIARAZIONE IN MERITO AL POSSESSO DELLE PARTICOLARI CAPACITA' PROFESSIONALI RICHIESTE PER IL TURNO PUBBLICATO NEL 1° TRIMESTRE 2024 NELLA BRANCA DI PSICOLOGIA CON SPECIFICHE COMPETENZE E COMPROVATA ESPERIENZA NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI EMOFILICI PER LA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI FRAGILI E CON PECULIARI ESIGENZE ASSISTENZIALI A TEMPO INDETERMINATO.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. ____)
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (prov. ____) in Via
_____ n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC (indirizzo PEC intestato al candidato
obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009) _____
e-mail _____,

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di avere partecipato ai seguenti **master, corsi di aggiornamento, corsi di formazione, convegni, congressi**, ecc. (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
presso _____ dal
_____ al _____;

- di aver svolto/svolgere la seguente **attività professionale** (indicare le attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale, relativa alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico oggetto di pubblicazione):

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

_____;
- presso _____
tipologia del rapporto _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

- presso _____
tipologia del rapporto _____
qualifica di _____
dal _____ al _____, nella specialità/area professionale di _____, svolgendo le seguenti attività:

- di essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni** (ove attinenti alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

- altre informazioni** (ove attinenti alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

Li _____

In fede
