

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n.0073506/23

Pescara, 04/09/2023

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 20 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 (COME INTEGRATO DALL'ACN 20/05/2021) PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CHIRURGIA VASCOLARE (OVVERO, IN CARENZA DI CANDIDATURE, DI CHIRURGIA GENERALE - MEDICINA INTERNA – GERIATRIA - ANGIOLOGIA - CON SPECIFICHE COMPETENZE) A TEMPO INDETERMINATO – 3° TRIMESTRE 2023.

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 i turni di specialistica ambulatoriale interna disponibili presso l'ASL Pescara nel 3° trimestre 2023, di seguito indicati:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
<p><u>CHIRURGIA VASCOLARE</u></p> <p>in subordine, ossia in mancanza di candidature nella suddetta branca, saranno ammesse candidature nelle seguenti branche:</p> <p><u>CHIRURGIA GENERALE, MEDICINA INTERNA, GERIATRIA, ANGIOLOGIA</u> purché siano comprovate le specifiche competenze in <u>"ecocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici"</u> con esperienza acquisita nell'esecuzione e refertazione di almeno n. 1500 esami svolti presso strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate, nel periodo decorrente dal gennaio 2018 alla data di presentazione dell'istanza.</p>	<p>Blocco turni A) - 38 ORE: 6 ORE C/O CERS CITTA' S. ANGELO; 12 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI PENNE; 20 ORE C/O CERS MONTESILVANO;</p> <p>Blocco turni B) - 38 ORE: 16 ORE C/O CERS PESCARA SUD 10 ORE C/O CERS CEPAGATTI 12 ORE C/O CERS SCAFA</p>	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dal 05/09/2023 e **fino al 20/09/2023**, 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 – 3° trimestre 2023 – Branca di Chirurgia Vascolare (ovvero, in carenza di candidature, di Chirurgia Generale - Medicina Interna – Geriatria - Angiologia - con specifiche competenze)."¹⁾

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 20/09/2023.

Si precisa che:

- I suindicati incarichi verranno conferiti **prioritariamente** a medici specialisti nella branca di **Chirurgia Vascolare**.
- **In subordine, ovvero in carenza di candidature nella branca suddetta, gli incarichi oggetto della presente pubblicazione verranno conferiti a medici specialisti in una delle seguenti branche: Chirurgia Generale, Medicina Interna, Geriatria, Angiologia, con specifiche competenze in "ecocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici".** Tali capacità saranno valutate dall'apposita Commissione Tecnica Aziendale, come previsto dall'art. 20, comma 5 ACN vigente, sulla

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

base del curriculum formativo professionale e sulla comprovata esperienza acquisita nell'esecuzione e refertazione di almeno n. 1500 esami svolti presso strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate, nel periodo decorrente dal gennaio 2018 alla data di presentazione dell'istanza. A tal fine vanno allegati all'istanza di partecipazione il curriculum vitae, datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva 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;

- 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;
- 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;
- 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.

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.

IL DIRETTORE SANITARIO
ASL PESCARA

Dott. Antonio Caponetti

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 – 3° TRIMESTRE 2023
IN CHIRURGIA VASCOLARE (OVVERO, IN CARENZA DI CANDIDATURE, DI CHIRURGIA GENERALE - MEDICINA
INTERNA – GERIATRIA - ANGIOLOGIA - CON SPECIFICHE COMPETENZE) 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 3° trimestre 2023,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/i seguente/i turno/i indivisibile/i di specialistica ambulatoriale pubblicato/i
nel 3° trimestre 2023 nella branca di _____ (barrare la casella o le caselle di interesse):

- Blocco turni A)
 Blocco turni B)

Ovvero:

- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____;
- n. _____ ore settimanali a tempo indeterminato da svolgere presso _____.

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),

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

DICHIARA

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

- di essere a conoscenza che prioritariamente l'incarico viene assegnato per l'intero blocco dei turni A) o B) e che solo nel caso in cui nessuno scelga una delle opzioni predefinite tali blocchi di turni potranno essere suddivisi ed assegnati tenendo conto delle opzioni dianzi richieste;

- di essere (barrare la casella di interesse):

cittadino italiano

cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare: _____);

di possedere il diploma di laurea in _____ (Medicina e chirurgia), ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____ presso l'Università di _____;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ al n. _____ dal _____;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

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

• _____ 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 (*),

medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che fa richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare (*),

*(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 _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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 _____

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 specialista, veterinario o 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 specialista, veterinario o professionista in possesso dei requisiti di cui art. 19 del vigente ACN;

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

medico di medicina generale dal _____ presso _____,

medico specialista pediatra di libera scelta dal _____ presso _____,

medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____ presso _____;

- altro (specificare)** _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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 professionali.

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 3° TRIMESTRE 2023 NELLA BRANCA DI CHIRURGIA VASCOLARE (OVVERO, IN CARENZA DI CANDIDATURE, DI CHIRURGIA GENERALE - MEDICINA INTERNA - GERIATRIA - ANGIOLOGIA - CON SPECIFICHE COMPETENZE) 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 _____;

- di aver svolto/svolgere la seguente **attività professionale** (relativamente 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 _____
qualifica di _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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):

- di aver svolto, dal 01.01.2018 alla data odierna, le seguenti prestazioni attinenti alle particolari capacità professionali in *"ecocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici"*, (specificare, per ciascun anno, tipologia, volume delle prestazioni, struttura sanitaria pubblica o privata accreditata sede di svolgimento delle prestazioni [in relazione alla struttura specificare ragione sociale completa indirizzo e tipologia di struttura])

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE – STRUTTURA (AZIENDA O ENTE)	NUMERO PRESTAZIONI
2018	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI
2019	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI
2020	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
ANNO	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI
2021	EcocolorDoppler arti inferiori e superiori, arteriosi e venosi e tronchi sovra-aortici	
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____
	Struttura: _____	
	Tipologia prestazione: _____	nr. _____

