

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0120844/21

Pescara, 10/09/2021

INTEGRAZIONE AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO MEDIANTE LA PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO, EX ART. 20, COMMA 1, DELL'ACN DEL 31/03/2020 (COME INTEGRATO DALL'ACN 20/05/2021) - 3° TRIMESTRE 2021 - ORE DISPONIBILI NELLA BRANCA DI DERMATOLOGIA.

Ad integrazione dell'avviso di cui alla nota ASL Pescara prot. n. 0120351/21 del 10/09/2021, si riportano, di seguito, le ore rese disponibili nella branca di Dermatologia da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali):

BRANCA	ORE	SEDE	DURATA
DERMATOLOGIA	24 ore	- 4 ore c/o CERS AREA VESTINA - 10 ore c/o CERS Pescara Nord - 10 ore c/o CERS Pescara Sud	INDETERMINATO

Alla procedura in oggetto possono partecipare **esclusivamente i Sanitari convenzionati che siano titolari presso l'ASL Pescara di incarico a tempo indeterminato** nella suddetta branca e che, fra tutti gli incarichi di medicina convenzionata detenuti (compresi quelli presso altre Aziende Sanitarie Locali), non abbiano ancora raggiunto il massimale orario di 38 ore settimanali.

Si ricorda che i turni vacanti in oggetto, saranno assegnati, nell'ambito delle disponibilità pervenute, con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico. A parità di anzianità di incarico a tempo indeterminato, prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.

Si ricorda che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, comma 2, del vigente ACN, allo specialista che rinunci al completamento in oggetto, offerto nell'ambito provinciale in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per il periodo corrispondente a due turni di pubblicazione (sei mesi). Sono, inoltre, applicate, in tal caso, le conseguenze di cui all'art. 45, comma 8, del vigente ACN.

La mancata partecipazione al presente avviso, effettuata secondo le modalità indicate, è considerata rinuncia.

Gli interessati devono far pervenire, all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) protocollo.aslpe@pec.it, la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata di documento di identità in corso di validità, entro il **termine perentorio del 13/09/2021**.

Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Domanda per l'attribuzione di ore a completamento orario ex art. 20 ACN del 31.03.2020 - 3° trimestre 2021".

Si precisa che la validità dell'invio della domanda 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. Inoltre, la domanda di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf.

Il presente avviso è pubblicato sul sito istituzionale aziendale.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità, a suo insindacabile giudizio.

Si allega al presente avviso la seguente documentazione:

1. fac-simile domanda.

IL DIRETTORE SANITARIO
ASL PESCARA
Dott. Antonio Caponetti

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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

Oggetto: Domanda per l'attribuzione di ore a completamento orario ex art. 20 ACN del 31.03.2020 (come integrato dall'ACN 20/05/2021) – Branca/Area professionale di _____.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. ____)
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (prov. ____) in Via
_____ n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC _____
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 dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

- di essere (barrare la casella di interesse):

Specialista ambulatoriale interno Veterinario Psicologo, titolare di incarico a tempo indeterminato per complessive n. _____ ore, nella branca/area professionale di _____

- presso l'ASL Pescara per n. _____ ore settimanali dal _____
- presso altra ASL (specificare) _____ per n. _____ ore settimanali dal _____
- presso altra ASL (specificare) _____ per n. _____ ore settimanali dal _____;

- di avere anzianità di incarico nella branca/area professionale di _____ decorrente dal _____, per incarico a tempo indeterminato acquisito presso _____;

- di aver conseguito il diploma di specializzazione nella branca specialistica/categoria professionale _____ in data _____ presso l'Università di _____;

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato mediante completamento orario, attivata ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN nella branca di _____.

Nello specifico, dichiara di essere disponibile all'acquisizione dei seguenti turni:

n. ore: _____ presso _____
pervenendo, in caso di attribuzione ore, a un totale ore settimanali di _____.

Lì _____

In fede

Alla presente, il/la sottoscritto/a allega copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità.