

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0034864/22

Pescara, 08/03/2022

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 20 E 21 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 (COME INTEGRATO DALL'ACN 20/05/2021) PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO – 1° TRIMESTRE 2022 – BRANCA DI GERIATRIA.

Ai sensi degli articoli 20 e 21 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 disponibili presso l'ASL Pescara nel 1° trimestre 2022, di seguito indicati:

BRANCA	ORE	SEDE	DURATA
GERIATRIA	38 ORE	RSA DI TOCCO DA CASAURIA	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti al suindicato turno sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dall'08/03/2022 e **fino al 23/03/2022**, 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 relative al primo trimestre 2022 – Branca di Geriatria". 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 23/03/2022.

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;
- 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.

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 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 il modello di istanza di partecipazione.

IL DIRETTORE SANITARIO
ASL PESCARA
Dot. 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 – 1° TRIMESTRE 2022

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 relativi al 1° trimestre 2022,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti di specialistica ambulatoriale pubblicati nel 1° trimestre 2022 nella branca di "Geriatrics" presso la RSA di Tocco da Casauria per n. 38 ore settimanali a tempo indeterminato.

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 Medicina e chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei (medici chirurghi – odontoiatri – veterinari – biologi – chimici – psicologi) 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*):

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- 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 _____

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 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 _____,e di essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;
- (**per incarico a tempo determinato**) ai sensi dell'art. 22, in qualità di professionista iscritto nella graduatoria 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. _____;

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*).

Lì _____

In fede
