

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0047957/23

Pescara, 06/06/2023

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 A TEMPO INDETERMINATO – 2° 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 2° trimestre 2023, di seguito indicati:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
CHIRURGIA VASCOLARE	- 6 ORE C/O CERS CITTA' S. ANGELO - 12 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI PENNE - 6 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI SCAFA - 6 ORE C/O CERS PESCARA SUD - 6 ORE C/O CERS CEPAGATTI - 21 ORE C/O CERS MONTESILVANO	INDETERMINATO
DERMATOLOGIA	- 12 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI PENNE	INDETERMINATO
NEUROLOGIA	- 18 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI PENNE - 6 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI SCAFA - 12 ORE MACROAREA CEPAGATTI-SPOLTRE-CITTA' S. ANGELO <i>(per attività ambulatoriale e per esigenze U.V.M.)</i>	INDETERMINATO
ODONTOIATRIA con specifiche competenze in "Ortognatodonzia per i pazienti affetti da O.S.A.S."	- 5 ORE C/O CERS DI POPOLI	INDETERMINATO
ODONTOIATRIA con specifiche competenze in "Chirurgia Orale, Conservativa, Endodonzia e Odontoprotesi su pazienti fragili"	- 33 ORE C/O UOC AREA DISTRETTUALE MONTANA, DI CUI 20 ORE C/O SEDE EROGATIVA DI SCAFA E 13 ORE C/O CERS DI POPOLI)	INDETERMINATO
PNEUMOLOGIA	- 14 ORE C/O CERS MONTESILVANO - 14 ORE C/O CERS PESCARA SUD - 10 ORE C/O CERS CEPAGATTI	INDETERMINATO
PSICHIATRIA	- 6 ORE C/O UOC AREA DISTR. PESCARA per UVM - 6 ORE C/O CERS MONTESILVANO per UVM	INDETERMINATO
PSICOLOGIA con specifiche competenze in "disturbi del comportamento alimentare (DCA), con un'esperienza lavorativa di almeno 3 anni nei disturbi del comportamento alimentare, svolta presso strutture pubbliche o private accreditate e/o convenzionate".	- 38 ORE C/O P.O. POPOLI	INDETERMINATO
PSICOTERAPIA con specifiche competenze e documentata esperienza in Psicologia dello Sport	- 6 ORE C/O UOSD MEDICINA DELLO SPORT	INDETERMINATO
RADIOLOGIA con specifiche competenze e documentata esperienza nello screening mammografico	- 38 ORE C/O CERS PESCARA NORD	INDETERMINATO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dal 06/06/2023 e **fino al 21/06/2023**, 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 – 2° trimestre 2023 – Branca di

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 21/06/2023.

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 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. 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 – 2° TRIMESTRE 2023

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 2° trimestre 2023,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del/i seguente/i turno/i indivisibile/i di specialistica ambulatoriale pubblicato/i
nel 2° trimestre 2023 nella branca di _____:

- 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),

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, Odontoiatria e protesi dentaria, Medicina veterinaria, Psicologia, Scienze biologiche, Chimica), ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo – odontoiatria – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (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*):
 - 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

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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 _____,

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 (da allegare solo per i turni per i quali è richiesto il 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 2° TRIMESTRE 2023 NELLA BRANCA/AREA PROFESSIONALE DI _____

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 _____, ad integrazione dell'istanza di partecipazione
all'assegnazione dei turni vacanti di specialistica ambulatoriale pubblicati nel 2° trimestre 2023 nella
branca/area professionale di _____, *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):

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

_____;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- 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
