

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0086038/22

Pescara, 12 luglio 2022

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 2022 – BRANCA DI ALLERGOLOGIA.

L'ASL Pescara, prima di procedere alla pubblicazione dei turni resisi disponibili nel 3° trimestre 2022, intende, con il presente avviso, verificare la possibilità di completamento orario da parte dei sanitari convenzionati già titolari di incarico a tempo indeterminato presso questa Azienda, così come previsto dall'art. 20, comma 1, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali. Di seguito, si riportano le ore disponibili, da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali):

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
ALLERGOLOGIA	18 ORE C/O UOC AREA DISTRETTUALE PESCARA – CERS PESCARA NORD	INDETERMINATO

Alla procedura in oggetto possono partecipare **esclusivamente i Sanitari convenzionati che siano titolari presso l'ASL Pescara di incarico a tempo indeterminato nella branca sopra indicata 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 precisa che l'acquisizione delle ore aggiuntive non potrà avvenire rinunciando contestualmente ad altro incarico presso l'ASL Pescara.

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 15/07/2022**.

Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Domanda per l'attribuzione di ore a completamento orario – 3° trimestre 2022 – Branca di Allergologia".

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. 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 – 3° trimestre 2022 – Branca di Allergologia.

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 Specialista Ambulatoriale Interno, titolare di incarico a tempo indeterminato per complessive n. _____ ore, nella branca di Allergologia
 - 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 _____;
 - presso altra ASL (*specificare*) _____ per n. _____ ore settimanali dal _____;
- di avere anzianità di incarico nella branca di "Allergologia" 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

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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 "Allergologia".

Nello specifico, dichiara:

- di essere disponibile, ai fini del raggiungimento del massimale orario pari a 38 ore settimanali, all'acquisizione dei seguenti turni:

n. ore: _____ presso l'ASL Pescara,

- di rinunciare contestualmente al seguente turno (*eventuale*):

n. ore: _____ presso altra ASL (*specificare: _____*),

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

Li _____

In fede

Alla presente, il/la sottoscritto/a allega la seguente documentazione:

- copia non autenticata del proprio documento d'identità in corso di validità.