

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0022611/23

Pescara, 13 marzo 2023

## AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DISPONIBILI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 20 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 (COME INTEGRATO DALL'ACN 20/05/2021) PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELLA BRANCA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA – 1 ° 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 rende noto il seguente turno di specialistica ambulatoriale interna resosi disponibile presso l'ASL Pescara nel 1° trimestre 2023:

BRANCA	ORE E SEDI DI INCARICO	DURATA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA con specifiche competenze in ecografie ostetriche e ginecologiche e accreditamento professionale in colposcopia di screening secondo Osservatorio Nazionale GISCI	- 15 ORE C/O UOSD ATTIVITA' CONSULTORIALI - CONSULTORIO DI POPOLI	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti al turno suindicato sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dal 13/03/2023 e **fino al 28/03/2023**, apposita istanza di partecipazione a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) al seguente indirizzo: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it). Nel campo oggetto del messaggio PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Pubblicazione ore di specialistica ambulatoriale relative al 1° trimestre 2023 – Branca di Ostetricia e Ginecologia".

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 28/03/2023.

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;
- 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.

Trattandosi di turno che richiede il possesso di particolari capacità professionali e che sarà assegnato, ai sensi dell'art. 20, comma 5, del vigente ACN, previa valutazione da parte di una 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 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.

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;

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- 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 F.F.**

**ASL PESCARA**

Dott. Rossano Di Luzio



# 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 AL TURNO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILE NEL 1° TRIMESTRE 2023 NELLA BRANCA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

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 2023,

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del seguente turno indivisibile di specialistica ambulatoriale pubblicato nel 1° trimestre 2023 nella branca di Ostetricia e Ginecologia:

- n. 15 ore settimanali a tempo indeterminato, con specifiche competenze in ecografie ostetriche e ginecologiche e accreditamento professionale in colposcopia di screening secondo Osservatorio Nazionale GISCI, da svolgere presso la UOSD Attività Consultoriali – Consultorio di Popoli.

*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 \_\_\_\_\_;
- 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:

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- \_\_\_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_;

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

- 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;
- 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 1° TRIMESTRE 2023 NELLA BRANCA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

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 del turno vacante di specialistica ambulatoriale pubblicato nel 1° trimestre 2023 nella branca  
di Ostetricia e Ginecologia, *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):

- \_\_\_\_\_ dal  
presso \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ dal  
presso \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ dal  
presso \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ dal  
presso \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

