

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Prot. n. 0105941/23

Pescara, 15/12/2023

AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA – BRANCA NEUROLOGIA, 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 – 4° 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 ulteriori turni di specialistica ambulatoriale interna disponibili presso l'ASL Pescara nel 4° trimestre 2023, come di seguito indicati, per urgenti fabbisogni rilevati presso la UOS Neurologia dei Disturbi Cognitivi Demenze e Malattie Neurodegenerative:

BRANCA	ORE SETTIMANALI E SEDI DI INCARICO	DURATA
NEUROLOGIA Con specifiche competenze in diagnosi, cura e studio delle cefalee e dei disturbi cognitivi	24 ORE C/O NEUROLOGIA DEI DISTURBI COGNITIVI DEMENTE E MALATTIE NEURODEGENERATIVE	INDETERMINATO

I medici specialisti aspiranti ai turni disponibili sono tenuti ad inoltrare, a decorrere dalla pubblicazione del presente avviso ed **entro il termine massimo del 30/12/2023**, 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 – 4° 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 30/12/2023.

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 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

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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. Rossano Di Iuzio

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 – 4° TRIMESTRE 2023 IN NEUROLOGIA CON SPECIFICHE COMPETENZE IN “DIAGNOSI, CURA E STUDIO DELLE CEFALEE E DEI DISTURBI COGNITIVI” A TEMPO INDETERMINATO.

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 4° trimestre 2023,

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione del seguente turno indivisibile di specialistica ambulatoriale pubblicato nel 4° trimestre 2023 nella branca di Neurologia

- n. 24 ore settimanali a tempo indeterminato, con specifiche competenze in “diagnosi, cura e studio delle cefalee e dei disturbi cognitivi”, da svolgere presso la UOS Neurologia dei disturbi cognitivi demenze e malattie neurodegenerative.

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), ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente, conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;

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 _____;
- 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 _____;

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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 _____;
- altro (specificare) _____
_____;

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.

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 4° TRIMESTRE 2023 NELLA BRANCA DI NEUROLOGIA CON SPECIFICHE COMPETENZE IN "DIAGNOSI, CURA E STUDIO DELLE CEFALEE E DEI DISTURBI COGNITIVI" A TEMPO INDETERMINATO.

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 _____, *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 in oggetto):

- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
presso _____ dal
_____ al _____;
- _____
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 _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

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:

- 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
