



ASL Lecce

PugliaSalute

AREA GESTIONE DEL PERSONALE

U.O.S. GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Via Pasquale de Lorentiis, 29- 73024 Maglie

tel. 0836/420782 - 420874

e-mail: convenzionisud@asl.lecce.it

PEC: area.personale@pec.asl.lecce.it

PROT N.

DEL 05 GEN 2023

Ai Distretti Socio Sanitari Asl Lecce
Alle AA.SS.LL Regione Puglia
Agli Ordini dei Medici Regione Puglia
Direttore Centrale Operativa 118
URP ASL Lecce

O.O.S.S.
FIMG-SNAMI-SMI-SUMAI

Loro Sedi

AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118.

Si rende noto che a seguito della pubblicazione della Graduatoria regionale definitiva relativa all'anno 2023, pubblicata sul BURP n. 131 straord. del 01/12/2022, ASL LECCE indice il presente Avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel ruolo nel Servizio di Emergenza Sanitaria territoriale 118.

Hanno titolo a partecipare al presente avviso ai sensi dell'art. 19 comma 6 dell' ACN del 28/04/2022 le seguenti categorie di medici abilitati alla professione, purchè in possesso dell'Attestato di cui all'art. 66 dell' ACN del 28/04/2022 di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza:

1. medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
2. medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
3. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

Ai sensi dell'art. 19 comma 11 della L. 28 dicembre 2001, n. 448 per il solo affidamento di sostituzione:

4. medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
5. medici iscritti ai corsi di specializzazione.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

I medici interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui sopra dovranno inviare istanza, in bollo, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell' ACN 28/04/2022, corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata a mezzo mail all'indirizzo: **convenzionisud@asl.lecce.it** entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito internet dell'ASL LECCE alla sezione concorsi.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schemi allegati al presente bando gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, a pena di esclusione, i dati anagrafici, l'indirizzo di residenza, il recapito telefonico, mail, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2023 con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo anche precario.

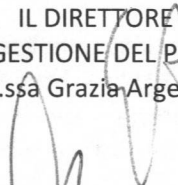
Le domande presentate dai medici di cui ai punti 2-3-4-e 5 del presente avviso, ai sensi dell'art. 19 comma 7 dell'ACN 28/04/2022, sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa, successivamente nella regione ed infine fuori Regione.

FC/

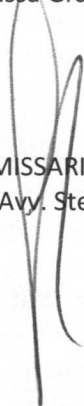
IL DIRIGENTE U.O.S.
(Dr. Salvatore Maschio)



IL DIRETTORE
AREA GESTIONE DEL PERSONALE
(Dr.ssa Grazia Argentiero)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Avv. Stefano Rossi)



MODELLO DI DOMANDA

Spett.le ASL LECCE
U.O.S Gestione Personale Convenzionato
Via De Lorentiis 29 73024 Maglie (LE)

MAIL: convenzionisud@asl.lecce.it

Oggetto: AVVISO PUBBLICO per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118. Istanza di partecipazione.

Il sottoscritto _____ nato a _____
residente a _____ CF: _____
chiede

di essere ammesso/a alla selezione per la formazione di apposite graduatorie per il conferimento, ai sensi dell'ACN dei medici di medicina generale in vigore, di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (SET 118), indetta da ASL LECCE.

A tal fine consapevole delle sanzioni di legge in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

- di essere nato a _____ il _____ cod.fiscale _____;

- codice ENPAM _____;

- PEC _____ - Ordinaria _____;
(scrivere in stampatello)

- di risiedere nel Comune di _____ prov. _____
C.A.P. _____ in Via _____ n. _____, tel. _____;

- di essersi laureato/a in data _____ presso l'Univeristà di _____
con votazione _____;

di concorrere per l'inserimento nella graduatoria ASL Lecce ai sensi del p.to 1) dell'avviso pubblico, essendo incluso/a al n. _____ con punti _____ nella graduatoria regionale di Settore definitiva dell'anno 2023, pubblicata sul BURP n. 131 del 01.12.2022;

di concorrere per l'inserimento nel separato elenco ai sensi del p.to 2) dell'avviso pubblico, poichè medico con possesso di titolo di formazione specifica in medicina generale acquisito successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

di concorrere per l'inserimento nel separato elenco ai sensi della lett. 3) dell'avviso pubblico, poichè medico iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale;

di concorrere per l'inserimento nel separato elenco ai sensi della p.to 4) dell'avviso pubblico, poichè medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

di concorrere per l'inserimento nel separato elenco ai sensi della p.to 5) dell'avviso pubblico, poichè medici iscritti ai corsi di specializzazione.

- di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____;

- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico provvisorio nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118;

- di non avere in corso procedimenti penali o disciplinari a proprio carico;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs.30/06/2003 n.196.

Allega alla presente domanda copia di un proprio documento di riconoscimento e attestato di idoneità allo svolgimento del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Via _____ n. ____ CAP _____ Comune _____

recapito telefonico _____

e comunica fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. della Medicina Generale vigente, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità.

In fede

(data)

(firma non autenticata)