

pubblicazione sito web
Scadenza: 6 maggio 2020
ore 14,00



ASL Lecce

PugliaSalute

U.O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI
Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce (LE)
tel. 0832 215313 fax 0832/215358
tel. 0836/420787
e-mail: convenzioni@ausl.le.it
e-mail: convenzioni@ausl.le.it
PEC: gestionerapporticonvenzionali.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

6/4/2020

IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONI
Dott.ssa Barbara GARNERO

Pregg.mi
Distretti Socio Sanitari Asl Lecce
AA.SS.LL Regione Puglia
Ordine dei Medici provincia di Lecce
O.O.S.S. FIMG-SNAMI-SMI-CGIL
SUMAI
URP ASL LE
Loro Sedi

AVVISO PUBBLICO

Avviso pubblico per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o di sostituzione.

Si rende noto che a seguito della pubblicazione della Graduatoria Regionale definitiva relativa all'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019, questa ASL indice il presente Avviso Pubblico per il conferimento degli incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale.

Hanno titolo a partecipare al presente provvedimento ai sensi dell'art. 2 comma 6 dell'ACN 21/06/2018:

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.

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

3. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale
4. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994
5. medici iscritti ai corsi di specializzazione

Hanno altresì titolo a partecipare al presente procedimento i Medici titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL Lecce le cui domande saranno incluse in separato elenco di disponibilità, graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico, ai fini del conferimento di eventuali aumenti di orario per ulteriori 12 ore settimanali ai sensi dell'art. 70 comma 5 dell'ACN e dell'art. 42 dell'ATR 18/01/2008.-

I medici interessati all'inclusione nelle graduatorie di cui sopra dovranno inviare istanza, in bollo, ai sensi dell'art. 2 comma 7 dell'ACN 21/06/2018, corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata a: ASL Lecce – U.O. Gestione Rapporti Convenzionali – Via Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce, mediante raccomandata A.R., entro e non oltre 30 gg. dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito web dell'Azienda. A tal fine farà fede il timbro data dell'Ufficio Postale accettante.

Gli incarichi provvisori e di sostituzione saranno conferiti nel rispetto dell'art. 70 ACN 29/07/2009 per una durata massima di 12 mesi.

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, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, mail, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2020 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, ai sensi dell'art. 2 comma 7 dell'ACN 21/06/2018, sono graduate nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Le domande dei medici già titolari a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL Lecce, saranno incluse in separato elenco a livello Aziendale graduate secondo l'anzianità di titolarità di incarico.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Rodolfo Rollo)



IL DIRIGENTE U.O.G.R.C.
(Dr. Cosimo Dimastrogiovanni)



BP/

Medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020

Bollo _____

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico
dichiara

a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;

b) Codice ENPAM _____;

c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;

d) recapito telefonico _____;

e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;

f) di essere incluso/a al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva per l'anno 2020 pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019

g) mail _____

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL. B

Medici in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale

Bollo

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;

b) Codice ENPAM _____;

c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;

d) recapito telefonico _____;

e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;

f) di essere in possesso dell'attestato del Corso di Formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____

g) mail _____

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

Medici iscritti al Corso di formazione specifica in medicina generale

Bollo

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

- a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;
- b) Codice ENPAM _____;
- c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;
- d) recapito telefonico _____;
- e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;
- f) di essere iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale
- g) mail _____
- h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura del rapporto) _____ presso _____ dal _____

chiede inoltre

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL
DISTRETTO S.S. DI (scegliere un unico distretto)

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

Medici neo abilitati

Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994.

Bollo

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;

b) Codice ENPAM _____;

c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;

d) recapito telefonico _____;

e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;

f) di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994

g) mail _____

h) di svolgere/non svolgere altre attività come medico (in caso affermativo indicare la natura deliberato rapporto) _____ presso _____ dal _____

chiede inoltre

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL
DISTRETTO S.S. DI (scegliere un unico distretto)

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

Medici iscritti a corso di specializzazione

Bollo _____

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;

b) Codice ENPAM _____;

c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;

d) recapito telefonico _____;

e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;

f) di essere incluso/a al n. _____ con punti _____, nella graduatoria regionale definitiva per l'anno 2020 pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019

f) mail _____

chiede inoltre

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL
DISTRETTO S.S. DI (scegliere un unico distretto)

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

Medici titolari di incarico a tempo Indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale

Bollo

ASL LECCE -
U.O. GEST. RAPPORTI CONVENZIONALI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la conferimento di incarico convenzionali provvisori, o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL LE-

Il sottoscritto Dott. _____, presa visione dell'Avviso pubblico

dichiara

- a) di essere nato a _____ il _____, Codice Fiscale _____;
- b) Codice ENPAM _____;
- c) di risiedere nel Comune di _____ cap. _____ Via _____, n. _____;
- d) recapito telefonico _____;
- e) di essersi laureato in data _____, con voto _____ Università di _____;
- f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato dal _____, nella sede di
Continuità Assistenziale di _____
- g) mail _____

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile