Concorsi e avvisi relativi alle procedure di reclutamento del personale

ASL LECCE

Avviso Pubblico Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

In esecuzione della Deliberazione n. 341 del 15/10/2026 è indetto Avviso Pubblico per n. 24 (ventiquattro) partecipanti al Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, così come previsto dall'art. 66 dell'ACN 15/01/2026 e. s.m.i.

REQUISITI DI AMMISSIONE

- Cittadinanza italiana/Paesi U.E.;
- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione all'Albo professionale attestato da certificato in data anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del presente avviso;
- Essere tra queste tipologie di professionisti:
  - Medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nell'Azienda Sanitaria Lecce;
  - Medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe alla ASL Lecce;
  - Medici titolari a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale residenti in altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia;
  - Medici residenti e non residenti nella Asl Lecce inclusi nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2026 pubblicata sul BURP n. 03 del 12/01/2025;
  - Medici abilitati all'esercizio della professione iscritti all'Albo professionale e non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con esclusione dei medici frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale e le Scuole di Specializzazione.

DOMANDE DI AMMISSIONE

I Medici interessati all'inclusione nella graduatoria per l'ammissione al Corso dovranno inviare apposita domanda, redatta in carta semplice, sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento d'identità.
La domanda di ammissione, indirizzata al Direttore Generale dell'Asl Lecce - Via Miglietta, 5, 73100 Lecce, dovrà essere presentata, a pena di esclusione, entro il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
La domanda di ammissione può essere presentata secondo la seguente modalità:
- mediante invio tramite casella di Posta Certificata (PEC) personale, della domanda di partecipazione e copia del documento di riconoscimento, all'indirizzo **personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it.**

Le domande trasmesse prima del giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso sul BURP verranno in ogni caso considerate prodotte fuori termine.
La domanda di partecipazione dovrà essere redatta come da fac-simile allegato al presente Avviso.
I candidati dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i. a pena di esclusione:

- i propri dati anagrafici;il luogo di residenza e/o domicilio con l'indirizzo, i recapiti telefonici, l'indirizzo di posta elettronica e PEC personale;
- il possesso della cittadinanza italiana;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti e i requisiti generali e specifici richiesti per l'ammissione all'impiego;
- i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzioni di precedenti rapporti di pubblico

impiego ovvero di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
- il possesso dei requisiti di ammissione di cui all'art. 66 dell'A.C.N. della Medicina Generale del 15/01/2026 e s.m.i.

Il candidato dovrà comunicare eventuali variazioni di indirizzo per l'invio di comunicazioni da parte di questa Amministrazione che declina sin da ora ogni responsabilità nel caso di dispersione e/o di mancata/tardiva consegna di comunicazioni relative al presente avviso.
La domanda di partecipazione deve essere debitamente firmata, ai sensi della legge 127/97 e suo regolamento di attuazione di cui al D.P.R. 403/98, e non necessita di autenticazione.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Documenti attestanti i titoli posseduti, da valutare ai fini dell'ammissione:
- curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato;
- elenco in carta semplice dei documenti e titoli presentati.;
- fotocopia di un valido documento di identità.

Nella certificazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79, n° 761.
È consentita la possibilità di autocertificare la documentazione da produrre nei casi previsti dal D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni.
L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal candidato, con le modalità e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni. La sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive presentate contestualmente alla domanda o richiamate dalla stessa deve essere accompagnata da fotocopia non autenticata di documento di riconoscimento del sottoscritto. Si precisa comunque che in caso di dichiarazione sostitutiva, relativa ai requisiti di ammissione e/o titoli che possono dar luogo anche a valutazione, l'interessato è tenuto a specificare con esattezza tutti gli elementi ed i dati necessari a determinare il possesso dei requisiti e/o la valutabilità della dichiarazione ai fini dell'ammissione. La mancanza anche parziale di tali elementi preclude la possibilità di procedere alla relativa valutazione.
In particolare, per eventuali servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni, l'interessato è tenuto a specificare: esatta denominazione ed indirizzo delle stesse: se trattasi di servizio a tempo indeterminato o determinato o a convenzione con l'indicazione dell'impegno orario; profilo professionale d'inquadramento; se trattasi di rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale; periodo del servizio con precisazione di eventuali interruzioni del rapporto di impiego e loro motivo e posizione in ordine al disposto di cui al precitato art. 46 D.P.R. 761/79.

Per le finalità connesse e consequenziali al procedimento di cui trattasi, il candidato deve, altresì, esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003 n. 196. I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali della A.S.L. Lecce.
E' prevista una quota di iscrizione a carico di ciascun partecipante, a copertura delle spese di organizzazione e gestione del Corso le cui modalità saranno successivamente comunicate.

GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande saranno graduate secondo il seguente ordine:
1. medici titolari di continuità assistenziale residenti nell'ASL Lecce;
2. medici titolari di continuità assistenziale residenti nelle Aziende Sanitarie limitrofe;
3. medici titolari residenti in altre Aziende Sanitarie regionali;
4. medici residenti nell'ASL LE inclusi nella vigente graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2026, pubblicata sul BURP n. 03 del 12/01/2025 ;
5. medici non residenti nell'ASL LE inclusi nella vigente graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2025, pubblicata sul BURP n. 03 del 12/01/2025 ;

6. medici abilitati, iscritti all'albo professionale non inclusi nella graduatoria regionale della Regione Puglia, con priorità per i medici residenti nella ASL LE.

Le domande di cui ai punti 1,2,3,4 e 5 saranno graduate secondo l'anzianità di servizio ed a parità secondo la minore età, il voto di laurea e anzianità di laurea.
Le domande di cui al punto 6 saranno graduate secondo i criteri di cui all'art. 19 A.C.N. M.G. vigente, minore età, voto di laurea e anzianità di laurea e per le stesse saranno redatte due graduatorie, di cui una, prioritaria, per i medici residenti nel territorio della ASL LE e l'altra per i medici non residenti nel territorio Aziendale.
I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande. La partecipazione al presente avviso implica l'accettazione di tutte le suddette disposizioni.

QUOTA DI ISCRIZIONE
E' prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLSD, PBLSD, ALS, ecc.) pari ad € 900,00.
La quota prevista dovrà essere versata a seguito dell'ammissione dei candidati, pena decadenza, in un'unica soluzione, esclusivamente nei cinque giorni successivi alla data di convocazione presso la ASL LECCE, tramite il sistema pagoPA, indicando la seguente causale: "QUOTA ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE PER L'IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118".
Nel caso in cui il medico abbia conseguito idoneità al corso e accetti un incarico provvisorio presso il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 dell'ASL LECCE, per un periodo non inferiore ad 1 anno, ASL LE provvede alla restituzione della quota versata.
In caso di rinuncia di partecipazione al corso, successiva al versamento della quota d'iscrizione, non si darà seguito alla restituzione della quota versata.

NORMA FINALE
Il presente avviso non costituisce vincolo per l'Azienda Sanitaria Locale Lecce che si riserva pertanto la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte il presente avviso senza che i candidati possano accampare pretese o diritti di sorta. Per qualunque informazione o chiarimento inerente il presente avviso gli interessati potranno telefonare ai nn. 0832 215312 – 0836420874.

Il Direttore Generale
Dott. Gianluca Capochiani

Alla Azienda Sanitaria Locale LECCE
U.O.S. Gestione Personale Convenzionato
Viale Don Minzoni, 8
73100 LECCE

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per n. 24 partecipanti al Corso di Formazione per l'idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

Il sottoscritto Dr./Dr.ssa .....
(cognome e nome)
nato/a a ..... il ..... residente a .....
via ..... n..... Codice Fiscale .....
Tel .....
PEC (obbligatoria) .....
Mail ordinaria (obbligatoria) .....
Laureato/a in data ..... con voto .....

☐ incaricato/a a tempo indeterminato nel Sevizio di Continuità Assistenziale presso la A.S.L. ..... dal .....;

☐ iscritto/a nella graduatoria regionale vigente di Medicina Generale, posizione n. ..... punti .....;

☐ medico non incluso nelle graduatorie regionali.

Nota: apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione.

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 indetto dall'A.S.L. LECCE.
Dichiara altresì, di accettare quanto previsto dal bando di indizione.
Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:
Dr./Dr.ssa ..... Comune .....
prov. ..... indirizzo ..... n. .....
C.A.P. ..... recapito elefonico.....

Data ..... Firma .....