

AZIENDA SANITARIA LOCALE –TARANTO -

Avviso di mobilità interna per il conferimento di un incarico di Pediatra di Libera scelta in convenzione presso il Distretto S.S. n. 1 - Comune di Ginosa

-

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA

Per la formulazione di apposita graduatoria per il conferimento di un incarico di Pediatra di Libera scelta presso il Distretto S.S. n. 1 - Comune di Ginosa -

1) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare all'avviso in argomento, ai sensi dell'art. 27, comma 3 dell'Accordo Integrativo Regionale 2007, modificato dalla D.G.R. n. 1972 del 04.11.2019, e dell'art. 27 bis dell'AIR, pubblicato nel BURP n. 128 del 30/09/2013, i medici titolari di incarico di pediatria di libera scelta, iscritti da almeno tre anni negli elenchi di medicina pediatrica nell'ambito dei comuni afferenti al Distretto S.S. n. 1 dell'ASL/TA

2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Sarà cura dell'U.O. Concorsi, Assunzioni, Gest. Ruoli e Gest. Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C. notificare ai pediatri iscritti nel Distretto S.S. n. 1 la delibera di approvazione del presente avviso con annesso facsimile di domanda di partecipazione.

I medici interessati alla inclusione nella graduatoria devono inviare apposita domanda che deve essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità.

La domanda di partecipazione, indirizzata al Direttore Generale della ASL TA – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gest. Ruoli e Gest. Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C. - Viale Virgilio, 31- 74121 Taranto, deve essere

inviata entro e non oltre il quinto giorno successivo alla data di notifica della delibera relativa al presente avviso.

Le domande possono essere inviate esclusivamente a mezzo p.e.c. al seguente indirizzo:

perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente secondo lo schema allegato al presente avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema **saranno escluse**.

Gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, i recapiti telefonici, il proprio personale indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata), il voto e l'anzianità di laurea.

4) GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

In caso di più istanze gli aspiranti saranno graduati in relazione:

- a. All'anzianità di iscrizione;
- b. A parità di anzianità, data di laurea

5) PROCEDURE DI CONVOCAZIONE E DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Le procedure di convocazione e di conferimento degli incarichi e tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso saranno effettuate **solo ed esclusivamente** tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 28/01/2009). Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da

parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

6) RINVIO

Per quanto non previsto nel presente avviso, nonché per il trattamento giuridico ed economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia. La ASL TA si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi protesta o diritto.

7) PRIVACY

I dati forniti dai partecipanti al presente avviso pubblico saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

9) INFORMAZIONI

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta alla ASL TA –U.O. Concorsi, Assunzioni, Gest. Ruoli e Gest. Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C., Viale Virgilio, 31, 3° piano – Taranto –Tel. 099- 7786192-3.

IL DIRETTORE GENERALE

(AVV. STEFANO ROSSI)

**AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E
GEST. AMM.VA PERS. CONV. E P.A.C.
VIALE VIRGILIO, 31
74121 TARANTO
E –MAIL: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'avviso di mobilità interna per il conferimento di un incarico di Pediatria di Libera Scelta in convenzione presso il Distretto S.S. n. 1 – Comune di Ginosa – dell'art. 27, comma 3 dell'AIR, modificato dalla D.G.R. n. 1972 del 04.11.2019, e dell'art. 27 bis dell'AIR, pubblicato nel BURP n. 128 del 30/09/2013

Il/La sottoscritto/a Dr. _____, titolare di incarico di pediatria di libera scelta presso il Distretto S.S. n. 1- Comune di _____ - dal _____, presa visione della delibera n. _____ del _____, chiede di essere ammessa alla selezione, per la formulazione di apposita graduatoria, per il trasferimento di titolarità nel Comune di Ginosa, ai sensi dell'AIR vigente:

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ di essere nato/a a _____ il _____ Cod. Fisc. _____, Codice ENPAM _____ Partita I.V.A. _____;
- ☐ di risiedere nel Comune di _____ Cap _____ Via _____ n. _____ Recapiti Telefonici _____;
- ☐ di avere il seguente domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza): Comune di _____ Cap _____ Via _____ n. _____;
- ☐ di aver conseguito il diploma di laurea, in Medicina e Chirurgia, in data _____;
- ☐ di aver conseguito il diploma di specializzazione, in data _____;

- ❑ di trovarsi/non trovarsi (1) in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'ACN del 29/07/2009,
- ❑ di esprimere/non esprimere (1) il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto del D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allega alla presente domanda, copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente

Indirizzo personale di Posta Elettronica Certificata:

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare, senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009, che disciplina i rapporti con i medici di medicina pediatrica, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente risponde a verità.

Luogo e Data

Firma leggibile

(1) Barrare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.