

AVVISO PER CONFERIMENTO DI TURNAZIONI NELL'AMBULATORIO DEI CODICI A MINORE INTENSITÀ ASSISTENZIALE (A.CO.M.I)

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. del/..../..... sono aperti i termini per la presentazione delle domande di partecipazione all'Avviso Pubblico per la formulazione di apposite graduatorie per lo svolgimento di turni di Continuità Assistenziale, nell'ambito di un progetto, che la ASL di Taranto intende avviare e che prevede l'apertura di un Ambulatorio dei codici a minore intensità assistenziale (A.CO.M.I.) ubicato nei locali del P.S. del P.O.C. SS. Annunziata. Il testo del progetto è allegato al presente avviso e ne costituisce parte integrante.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono presentare domanda di partecipazione:

- A. i medici incaricati a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL TA;
- B. i medici incaricati a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL TA;
- C. i medici di Assistenza Primaria della ASL TA ad incarico unico;
- D. i medici di Assistenza Primaria della ASL TA con doppio incarico (C.A. e A.P.) nella ASL TA;
- E. i medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale che non sono individuati nei punti precedenti;
- F. i medici iscritti all'Omceo di Taranto non inclusi nei punti precedenti;
- G. i medici iscritti all'Omceo non inclusi nei punti precedenti.

2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

La domanda di partecipazione dovrà essere inviata entro e non oltre il giorno 10 Marzo 2023, da un indirizzo PEC personale e nominativo, al seguente indirizzo PEC: **protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it**

Il medico, nella domanda di partecipazione, dichiarerà la propria disponibilità oraria mensile.

Il presente Avviso è pubblicato sul sito della ASL di Taranto - Albo Pretorio on-line - Sezione Concorsi e Avvisi Pubblici.

La validità della domanda di partecipazione è subordinata, pena esclusione, all'utilizzo da parte del candidato, di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale e nominativo. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria. L'invio deve avvenire in un'unica spedizione (non superiore a 10 MB), con i seguenti allegati: domanda di partecipazione e fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità; tali documenti devono essere inviati in un unico file pdf.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. Le domande e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D. Lgs. 235/2010 (Codice dell'Amministrazione Digitale). L'amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da eventuali disguidi tecnici/informatici, dovuti all'invio tramite pec, non imputabili a colpa dell'amministrazione, che si dovessero verificare da parte del server.

3) GRADUAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande presentate dai medici saranno graduate nell'ordine indicato dai suddetti requisiti di partecipazione.

4) 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).

In particolare, la modalità di conferimento degli incarichi avverrà secondo il seguente procedimento:

- Questa ASL invierà ai medici la richiesta di accettazione dell'eventuale incarico, indicando loro il termine di 24 ore dalla consegna della comunicazione, inviata a mezzo PEC, nella propria casella di posta elettronica certificata, pena decadenza, per comunicare, a mezzo PEC, la propria accettazione del suddetto incarico.
- I medici, se interessati, comunicheranno, a mezzo PEC, la propria accettazione dell'incarico; tale accettazione sostituirà, ad ogni effetto, l'accettazione personale ed è vincolante. A tal fine, i medici invieranno, dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata, una comunicazione di accettazione, secondo il modulo predisposto dall'ufficio competente, all'indirizzo pec che sarà loro indicato, improrogabilmente nei tempi ivi indicati.

Al fine di consentire a questa ASL di garantire la continuità della assistenza sanitaria, gli incarichi decorreranno dal giorno 1 di ogni mese, fatta eccezione per gli incarichi del mese iniziale di Marzo 2023, i quali decorreranno dal 18/03/2023, nonché per gli eventuali incarichi che saranno conferiti in sostituzione di medici assenti per malattia e/o per gravidanza e/o per infortunio. Le eventuali dimissioni dall'incarico conferito potranno decorrere esclusivamente dal giorno 1 di ogni mese e dovranno essere comunicate, a mezzo PEC, all'indirizzo **uoga_perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it** con almeno 1 mese di preavviso; sono fatte salve le ipotesi di assenze per malattia e/o per gravidanza e/o per infortunio debitamente documentate.

Si evidenzia che, qualora il medico dovesse accettare un incarico, dovrà iniziare a svolgerlo a decorrere dalla data indicata e, se, dopo aver accettato, valutasse di voler

dimettersi, sarà obbligato a comunicare le proprie dimissioni, rispettando il termine di preavviso di almeno un mese dalla data di decorrenza dell'incarico; pertanto, in caso di accettazione, il medico sarà obbligato a svolgere, per almeno un mese, l'incarico accettato e non potrà rinunciarvi prima di iniziare a svolgerlo.

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 ricezione delle comunicazioni inerenti al presente Avviso, dovuta ad un malfunzionamento del servizio di posta elettronica certificata del destinatario è a carico dello stesso ed esonera questa ASL da qualsiasi obbligo di reinvio delle stesse comunicazioni. 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.

I medici dei punti A, B e D potranno svolgere turni in A.CO.M.I soltanto dopo aver garantito la turnazione in Continuità Assistenziale con il proprio debito orario di 122 h/mese.

Gli incarichi saranno assegnati secondo la graduatoria di priorità indicata dalla su esposta tipologia dei medici che possono aderire e con un impegno orario funzionale al completamento del monte ore di attività previsto dal progetto.

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 al combinato disposto dell'ACN 2009 e dell'ACN 2018 nonché dell'AIR vigente oltre che 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 Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni.

8) CAUSE DI ESCLUSIONE

Sono cause di esclusione:

- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente Avviso;
- la presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente Avviso sul sito della ASL di Taranto - Albo Pretorio on-line - Sezione Concorsi e Avvisi Pubblici;
- la mancata indicazione, nella domanda, di almeno uno dei requisiti di partecipazione di cui al presente Avviso;

- la mancata indicazione, nella domanda, della disponibilità oraria mensile;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale e nominativo di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente Avviso;
- la mancata indicazione della data di iscrizione all’Albo Professionale;
- la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione;
- la mancata allegazione della fotocopia di un valido documento di identità;
- la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle indicate nel presente Avviso;
- l’eventuale riserva di invio successivo alla data di scadenza del presente Avviso di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda successiva alla data di scadenza del presente Avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie o difformi dallo schema fac-simile allegato al presente Avviso.

9) INFORMAZIONI

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso e non indicata nello stesso, potrà essere richiesta alla ASL TA – Area Gestione del Personale – U.O. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo, Gestione Amministrativa del Personale Convenzionato e P.A.C. – Dott.ssa Tiziana Adami, al seguente numero telefonico: 099.7786781, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Vito Gregorio COLACICCO

AL DIRETTORE GENERALE ASL TA
S.C. Concorsi, Assunzioni, Gestione del Ruolo,
Gestione Amm.va Personale Convenzionato e P.A.C.
PEC: protocollo.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'Avviso pubblico per il conferimento di turni nel Servizio di Continuità Assistenziale Azienda Sanitaria Locale TA – Progetto A.CO.M.I.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, presa visione dell'Avviso pubblicato sul sito della ASL di Taranto - Albo Pretorio online - Sezione Concorsi e Avvisi Pubblici in data ____/____/_____, chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione, per la formulazione di apposite graduatorie per il conferimento di incarichi in convenzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL TA nell'ambito del progetto A.CO.M.I., finalizzato allo svolgimento di turni presso l'Ambulatorio dei codici a minore intensità assistenziale, ubicato nei locali del P.S. del P.O.C. SS. Annunziata.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____;
- b) di risiedere nel Comune di _____ CAP _____ alla Via _____ n. _____ Telefono cellulare n. _____ Telefono fisso n. _____ Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata _____;
- c) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data (*indicare giorno mese ed anno*) ____/____/_____, con voto di laurea _____;
- d) di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della professione presso _____ nella Sessione _____ ovvero di aver conseguito la Laurea abilitante in data (*indicare giorno mese ed anno*) ____/____/_____;
- e) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal (*indicare giorno mese ed anno*) ____/____/_____;

- f) di concorrere al predetto Avviso perché in possesso di uno dei seguenti tre requisiti (indicare con una “X” obbligatoriamente **soltanto uno** dei seguenti requisiti – la mancata indicazione è motivo di esclusione):
- ❑ medico incaricato a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL TA;
 - ❑ medico incaricato a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL TA;
 - ❑ medico di Assistenza Primaria della ASL TA ad incarico unico;
 - ❑ medico di Assistenza Primaria della ASL TA con doppio incarico (C.A. e A.P.) nella ASL TA;
 - ❑ medico iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale che non sono individuati nei punti precedenti;
 - ❑ medico iscritto all’Omceo di Taranto non ~~individuato~~ incluso nei punti precedenti;
 - ❑ medico iscritto all’Omceo di Taranto non ~~individuato~~ incluso nei punti precedenti;
- g) di essere disponibile a svolgere turni per il seguente numero di ore mensili (indicare obbligatoriamente la propria disponibilità oraria mensile – la mancata indicazione è motivo di esclusione): ORE MENSILI N. _____
- h) di trovarsi/non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell’art. 17 dell’ACN del 29/07/2009, con l’incarico provvisorio di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale (1);
- i) di avere/non avere procedimenti penali e/o disciplinari a proprio carico in corso (1);

Allega alla presente domanda, a pena di esclusione:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia effettuata solo ed esclusivamente al seguente **Indirizzo Personale e Nominativo di Posta Elettronica Certificata** (*scrivere in modo chiaro e leggibile*):

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dal combinato disposto dall’Accordo Collettivo Nazionale del 2009 e del 2018, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale, del quale ha integrale conoscenza, e dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità ai sensi

del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, che quanto riportato nella presente domanda corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento U.E. n. 679/2016 e dal D. Lgs. 101/2018 e successive modificazioni ed integrazioni

(data)

(firma)

(1) *Cancellare la voce che non interessa e lasciare leggibile quella che interessa.*