



AVVISO PUBBLICO

allegato "1"

Graduatoria Aziendale di disponibilità – prevista dall'art. 15, comma 7, vigente A.C.N./ P.L.S. – per i medici aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nella PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - Anno 2020

<§>

Si rende noto che questa Azienda Sanitaria Locale, con provvedimento n°46 del 20/01/2020, esecutivo a norma di legge, intende procedere - *ai sensi dell'art. 15, comma 7, vigente A.C.N./ PLS, così come novellato dall'art. 2 ACN/PLS del 2018, e tenuto conto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di cui agli artt. 36 e 37 ACN/PLS e 35 e 36 AIR / PLS*, fatta eccezione per le disposizioni rese inapplicabili dalle norme del nuovo Accordo Collettivo Nazionale – alla formulazione della Graduatoria Aziendale annuale per aspiranti ad eventuali incarichi provvisori e di sostituzione nelle attività previste dal citato A.C.N., secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Pediatri iscritti nella Graduatoria Regionale per la Pediatria di Libera Scelta, valevole per l'anno 2020, secondo l'ordine di punteggio;
- b) Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

I Pediatri indicati al punto b) saranno graduati, nell'ordine, in base a:

- 1) anzianità di specializzazione; 2) voto di specializzazione 3) minore età.

La durata degli incarichi è rimandata alla normativa vigente al momento del conferimento degli incarichi stessi.

Nella domanda di partecipazione gli interessati di cui al punto a) devono riportare la posizione occupata nella Graduatoria Regionale valevole per l'anno 2020, con il relativo punteggio. I non iscritti in graduatoria potranno autocertificare, ai sensi di legge, l'età, la data di laurea ed il relativo voto, salvo presentare idonea documentazione prima dell'eventuale conferimento dell'incarico.

Le convocazioni per l'attribuzione degli incarichi saranno effettuate unicamente tramite posta elettronica certificata(PEC).

Le domande di partecipazione al presente avviso, **in bollo**, dovranno essere trasmesse, **conformi al modello allegato**, esclusivamente a mezzo **Raccomandata A.R.**, al seguente indirizzo: **Direttore Generale della ASL di Pescara, Direzione Amministrativa del Territorio, Ufficio Medicina Convenzionata, Via Paolini, 47, 65124 Pescara, entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.** Si ricorda che la domanda, **a pena di esclusione**, deve:

1. essere debitamente **sottoscritta** (la firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge);
2. essere **spedita entro il termine** prescritto;
3. essere corredata da **un valido documento di riconoscimento**;
4. contenere la **marca da bollo**.

f.to IL DIRETTORE GENERALE f.f.
Dr. Antonio Caponetti

L'Avviso è stato pubblicato il 22/01/2020

SCADENZA: 21/02/2020



marca da bollo € 16,00

allegato "2"

Al Direttore Generale ASL Pescara
Direzione Amministrativa del Territorio
Ufficio Medicina Convenzionata
Via Paolini 47
65124 PESCARA

Con riferimento alla Deliberazione n° _____ del _____ di Codesta ASL, il/la sottoscritto/a

Dott. _____
Tel. _____ Cell. _____
P.E.C. _____ (leggibile, in stampatello)

D I C H I A R A

la propria disponibilità a ricoprire eventuali altri incarichi provvisori/sostituzioni nell'ambito della Pediatria di Libera scelta, trovandosi nelle condizioni previste dall'Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione sopra menzionata al punto

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale /PLS valevole per l'anno 2020
- b) Medici che abbiano acquisito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

(barrare la casella che interessa)

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n°445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A A L T R E S I'

- di essere nato/a il _____ a _____ (____);
-
- di essere residente in _____ (____) Via _____ n° _____
CAP _____
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ;
- di aver conseguito la specializzazione in Pediatria / o disciplina equipollente (_____) in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ;
-
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di PLS della Regione _____ valevole per l'anno 2020 con punti _____ ;
- di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente ACN di PLS e s.m.i.;

N.B. Si allega copia di valido documento di riconoscimento (a pena di esclusione).

Data _____

Firma _____