

ASLBA

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 (c/o ex CTO) - 70123 BARI
Codice fiscale e Partita Iva: 06534340721

Direzione Dipartimento di Prevenzione

N° di protocollo 219873/UCR/ALZ.

Bari, 14 OTT. 2013

Oggetto: applicazione art. 18 CCNL Dirigenza medica e veterinaria 08.06.2000 e ss.mm.ii. Avviso interno.

Ai Dirigenti Medici in servizio presso il
Dipartimento di Prevenzione ASL Bari

LORO SEDI

Al fine di individuare i dirigenti incaricati della sostituzione dei Direttori della Strutture Complesse vacanti del Dipartimento di Prevenzione, è indetto avviso interno, ai sensi dell'art. 18, comma 2, lettera b) del CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria 1998-2001, così come integrato e modificato dall'art. 11 del CCNL 2002-2005, per le seguenti UU.OO.CC.:

- S.I.S.P. Area Nord sede di Ruvo di Puglia;
- S.I.S.P. Area Sud sede di Putignano;
- S.P.E.S.A.L. Area Nord sede di Ruvo di Puglia;
- S.I.A.N. Area Nord sede di Ruvo di Puglia;
- S.I.A.N. Area Metropolitana sede di Bari;
- S.I.A.N. Area Sud sede di Putignano.

Pertanto le SS.LL., qualora abbiano interesse ad accedere a tali incarichi, sono invitate a presentare domanda di partecipazione, con indicazione della sede di lavoro per cui si concorre, entro e non oltre il 31.10.2013., unitamente all'allegato modulo debitamente compilato in ogni sua parte.

Si precisa, inoltre, che i requisiti richiesti per poter partecipare alla presente selezione, pena l'esclusione, sono i seguenti:

- **prestare servizio presso il Dipartimento di Prevenzione;**
- **rapporto di lavoro a tempo indeterminato nella disciplina interessata;**
- **titolarità di incarico almeno di tipologia "C".**

Distinti saluti.



IL Direttore
Dott. Domenico LAGRAVINESE

DL/dl

Dipartimento di Prevenzione ASL Bari

Lungomare Starita, 6
70123 Bari
tel. 080 5842442 fax 080 5842425
pec: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it
e.mail: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 (c/o ex CTO) - 70123 BARI
 Codice fiscale e Partita Iva: 06534340721

CURRICULUM VITAE

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____ il _____, dirigente medico di questa Azienda in servizio presso l'Unità Operativa Complessa di _____,

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- di prestare servizio a tempo indeterminato quale dirigente medico presso la struttura suddetta dal _____;
- di aver precedentemente prestato i seguenti servizi:
 - dal _____ al _____ presso _____
 - dal _____ al _____ presso _____
 - dal _____ al _____ presso _____
- di essere titolare di un incarico di Struttura Semplice ovvero di alta specializzazione o, comunque, della tipologia C) di cui all'art. 27 con riferimento alla struttura;
- che la tipologia dell'incarico rivestito è la seguente _____ con decorrenza dal _____, mediante provvedimento n. _____ del _____;
- che gli è altresì stato conferito l'incarico di _____ con decorrenza dal _____ mediante provvedimento n. _____ del _____;
- relativamente ai titoli di studio e professionali,

Dipartimento di Prevenzione ASL Bari

Lungomare Starita, 6
 70123 Bari
 tel. 080 5842442 fax 080 5842425
 pec: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it
 e.mail: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it



[Handwritten signature]

- gli è stata conferita la Laurea in _____ Presso l'Università degli Studi _____ in data _____;
- ha conseguito la Specializzazione in _____ presso _____ in data _____;
- ha frequentato/conseguito Master in _____ presso _____ in data _____;
- relativamente alle Docenze,
 - ha insegnato _____ presso l'Istituzione pubblica/privata _____ dal _____ al _____ per n. ore _____;
 - ha insegnato _____ presso l'Istituzione pubblica/privata _____ dal _____ al _____ per n. ore _____;
- relativamente ai Corsi di aggiornamento e di perfezionamento in materie attinenti all'Incarico da conferire,
 - ha frequentato il Corso di aggiornamento/perfezionamento in _____ presso _____ dal _____ al _____;
 - ha frequentato il Corso di aggiornamento/perfezionamento in _____ presso _____ dal _____ al _____;

Dichiara infine i seguenti titoli:

Quanto dichiarato corrisponde a verità e, a richiesta, sarà esibita la relativa certificazione o documentazione probatoria.

Data, _____

Firma

Dipartimento di Prevenzione ASL Bari

Lungomare Starita, 6
 70123 Bari
 tel. 080 5842442 fax 080 5842425
 pec: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it
 e.mail: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it



A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines.