



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

AZIENDA SEDE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA'
(Biologi, Chimici e Psicologi)

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato –tel.: n. 080/584 2311
Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

PROTOCOLLO USCITA

*Trasmissione esclusivamente in modalità
telematica ai sensi del D. L.gs n.ro 82/2005
Sostituisce l'originale*

**Oggetto: Pubblicazione delle ore di specialistica ambulatoriale disponibili per il II Trimestre 2024
(GIUGNO)**

BRANCA	ORE	ASL/SASN	DISTRETTI/DIPARTIMENTI	NOTE
AUDIOLOGIA	4	BA	DSS 10 PTA Triggiano	
CARDIOLOGIA	2	BA	DSS 12 Poliambulatorio di Monopoli	PER ATTIVITA' ESTERNA E SUPPORTO ALLA MEDICINA DELLO SPORT
CARDIOLOGIA	3	BA	DSS 13 Poliambulatorio Gioia del Colle	A SUPPORTO DELLA MEDICINA DELLO SPORT
CARDIOLOGIA	6	BA	DSS 14 Poliambulatorio di Alberobello	CON DISPONIBILITA' A SVOLGERE ATTIVITA' ESTERNA
CARDIOLOGIA	8	SASN	Poliambulatorio di Molfetta	PER DUE GIORNI A SETTIMANA DALLE ORE 08:30 ALLE ORE 12:30
DERMATOLOGIA	14	BA	DSS 14 Poliambulatorio di Putignano (8 h sett.li) Poliambulatorio di Alberobello (3 h sett.li) Poliambulatorio di Locorotondo (3 h sett.li)	CON DISPONIBILITA' A SVOLGERE ATTIVITA' ESTERNA
DERMATOLOGIA	8	BA	DSS Bari	PER ATTIVITA' AMBULATORIALE E DOMICILIARE SU TUTTO IL TERRITORIO DI BARI
DERMATOLOGIA	15	BA	DSS 11 PTA Rutigliano	ANCHE PER ATTIVITA' DOMICILIARE
NEUROLOGIA	5	BA	DSS 9	PER ATTIVITA' AMBULATORIALE E DOMICILIARE
NEUROLOGIA	6	BA	DSS 2 PTA di Ruvo	PER VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	BA	DSM Sanita' Penitenziaria Istituto Minorile di Bari	



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

AZIENDA SEDE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA'
(Biologi, Chimici e Psicologi)

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato –tel.: n. 080/584 2311

Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

ODONTOIATRIA	12	BA	UOC Medicina Penitenziaria Carcere di Bari e Turi	
ONCOLOGIA	6	BA	DSS 4	PER VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI
PSICHIATRIA	4	BA	DSM Sanita' Penitenziaria Carcere di Bari	
PSICHIATRIA	24	BA	DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE SER.D Area Nord	
PSICOLOGIA	4	BA	DSS 5 Poliambulatorio di Grumo CDCD Territoriale	PER VALUTAZIONI NEUROPSICOLOGICHE DELL'ADULTO
* RADIOLOGIA	19	BA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE UOSD SCREENING MAMMOGRAFICO Poliambulatorio Monopoli	CON ESPERIENZA IN SENOLOGIA

*L'affidamento dell'incarico avverrà sulla base di comprovata esperienza in senologia documentata da percorso formativo specifico con casistica documentata da almeno n. 2.500 prestazioni annue attestate da Struttura Pubblica o Privata e controfirmate dal Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza.

I curricula allegati dovranno essere prodotti, a pena di esclusione, in forma di autocertificazione ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Si precisa, altresì, che, sulla scorta della nota regionale prot. n. AOO183/5074 del 06/04/2018, le ore assegnate con specifiche competenze sono da ritenersi vincolate alla sede di assegnazione senza possibilità di subire modificazioni nel tempo, pertanto non potranno essere oggetto di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 dell'ACN del 31/03/2020 e s.m.i.

Tutti i turni sono da considerarsi a tempo indeterminato e non frazionabili in sede di assegnazione, giusta art. 21 comma 3 dell'ACN del 04/04/2024, ad eccezione dei turni assegnati ai già titolari di altri incarichi, che potranno essere frazionati nella misura necessaria al completamento orario (art. 9 comma 1 AIR vigente).

Lo specialista interessato, deve far pervenire la domanda di partecipazione, indirizzata all'U.O. G.A.P.C. - Ufficio per la Medicina Specialistica Ambulatoriale – esclusivamente a mezzo mail PEC al seguente indirizzo: comitatozonale.aslbari@pec.rupar.puglia.it, **entro e non oltre il 15/06/2024**.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre tale data

Questa Asl non assume nessuna responsabilita' in caso di tardiva ricezione della domanda dovuta ad eventuali disguidi

La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento di identità e contenere l'indicazione esatta dei dati



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

AZIENDA SEDE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA'
(Biologi, Chimici e Psicologi)

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato –tel.: n. 080/584 2311

Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

anagrafici e della PEC personale, da riportare in modo chiaro e leggibile, allo scopo di consentire a questa ASL l'invio di tutte le comunicazioni relative alla presente pubblicazione.

Si precisa che la validità dell'invio della domanda a mezzo PEC, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato della propria casella di posta elettronica certificata.

Pertanto, la domanda inviata da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria, anche se inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicata, sarà oggetto di esclusione.

La domanda di partecipazione dovrà essere inviata unitamente agli allegati in un unico file formato pdf.

La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmessa è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

TITOLARE I.F.O. COORD. COM. ZON. – MED. CONV.

Rossana Renna



Signed by ROSSANA RENNA
C = IT
Issuer = ArubaPEC EU Qualified Certificates
CA G1

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

Luigi Fruscio

FRUSCIO LUIGI

2024.05.31 11:05:18

CN=FRUSCIO LUIGI
C=IT
2.5.4.4=FRUSCIO
2.5.4.6=TIT-ERSLUGU77131A668P

RSA/2048 bits

ASL BA
UFFICIO PER LA MEDICINA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE
L.MARE STARITA, 6
70123 BARI

OGGETTO: Domanda di conferimento incarico nella Brancha di

Il sottoscritto Dott., nato a il.....e
residente in (prov.) alla via..... n.
CAP tel, indirizzo PEC
laureato in presso l'Università di in data/...../..... con voto
....., specializzato in, in data/...../..... presso l'Università di
..... vista la pubblicazione dei turni vacanti del trimestre anno avvenuta
con nota prot. n. del.....

chiede

l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nel seguente ordine di preferenza:

N. ore	Branca di:	ASL/INAIL/SASN	c/o Distretto/Diparti mento	Pubbligate a tempo: indeterminato/determinato

A tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000):

- di essere già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato
 di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
 di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
 di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

con anzianità di servizio dal e pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 21 comma 2) lettera dell'ACN in vigore;

- di essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale - di cui all'art. 19 dell'ACN — Branca di..... per l'anno _____ al posto n.e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera h) dell'ACN in vigore:

di essere:

- a) titolare di medicina generale dal _____ presso _____
 b) medico titolare specialista pediatra di libera scelta dal _____ presso _____
 c) medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____ presso _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

Le categorie di medici descritti sub a) - b) - c) — che partecipano ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera j) dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i. devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca alla quale partecipano e devono dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

- di non essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 19 comma 10 dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i..

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN vigente

- a) di essere titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario;
 SI NO
- b) di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
 SI NO
- c) di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipi di quote di imprese o società anche di fatto che esercitano attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
 SI NO

- d) di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;
SI NO
- e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22;
SI NO
- f) di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
SI NO
- g) di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
SI NO
- h) di fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
S NO
- i) di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN;
SI NO
- j) di essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
SI NO
- k) di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
SI NO
- l) di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
SI NO

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O PROFESSIONISTA IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA

Il/la sottoscritto/a Dott..... esprime il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità e curriculum vitae

DATA _____

FIRMA (per esteso) _____