



ASL Taranto

PugliaSalute

U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E  
GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.

Dirigente: Dott. ssa Paola Fischetti

Viale Virgilio 31- 74121 Taranto

tel. 099 7786150

e-mail: [paola.fischetti@asl.taranto.it](mailto:paola.fischetti@asl.taranto.it)

UFFICIO MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA

tel. 099 7786192-93

e-mail: [medicinagenerale@asl.taranto.it](mailto:medicinagenerale@asl.taranto.it)

p.e.c.: [perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

Ai Medici

inseriti nella Graduatoria Regionale per la  
Pediatria di Libera Scelta anno 2024

E p.c. All'Ordine dei Medici di Taranto

Ai Direttori Distretti S.S. S.S.

**OGGETTO:** Incarico provvisorio di medicina pediatrica ai sensi dell'art. 35 dell'A.C.N.:  
richiesta dichiarazione disponibilità immediata per eventuale accettazione  
incarico nei Comuni di Palagiano (Distretto S.S. n. 2), San Marzano di San  
Giuseppe (Distretto S.S. n. 6) e Sava (Distretto S.S. n. 7)

Con la presente, si invita la S.V. a comunicare alla scrivente S.C., **entro il giorno  
17.11.2024**, all'indirizzo p.e.c. **[perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)**,  
utilizzando la modulistica in allegato, eventuale accettazione di uno o più incarichi tra quelli  
esplicitati in oggetto.

Le istanze pervenute saranno graduate tenuto conto nell'ordine dei medici di cui  
alle lettere A e B esplicitati nel modello in allegato, applicando i seguenti criteri:

- medici di cui alla lettera A) graduati secondo il punteggio attribuito nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Pediatrica, valevole per l'anno 2024, ed in caso di pari posizione nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;
- medici di cui alla lettera B) graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età;

Sarà cura della scrivente S.C. interpellare i medici aventi diritto, secondo l'ordine di residenza (ambito territoriale carente, Azienda, Regione, fuori Regione) per l'eventuale assegnazione dell'incarico in oggetto.



ASL Taranto

PugliaSalute

U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E  
GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.

Dirigente: Dott. ssa Paola Fischetti

Viale Virgilio 31- 74121 Taranto

tel. 099 7786150

e-mail: [paola.fischetti@asl.taranto.it](mailto:paola.fischetti@asl.taranto.it)

UFFICIO MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA

tel. 099 7786192-93

e-mail: [medicinagenerale@asl.taranto.it](mailto:medicinagenerale@asl.taranto.it)

p.e.c.: [perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

L'assegnazione degli incarichi in argomento è subordinata all'accettazione dei medici che La precedono in graduatoria.

La S.V. è invitata a non riscontrare la presente qualora dovesse essere titolare di trattamento di quiescenza o detenere rapporti lavorativi incompatibili con l'incarico in argomento ovvero non fosse possibile garantire la piena ed immediata disponibilità.

**Si precisa che eventuali incompatibilità dovranno essere rimosse entro la data di conferimento dell'incarico assegnato.**

Mancato riscontro alla presente entro il termine su indicato costituisce rinuncia.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLO  
E GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.  
(Dott.ssa Paola Fischetti)

AL DIRETTORE GENERALE  
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLO  
E GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.  
P.E.C.:  
perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Il/La sottoscritto/a dr. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_  
laureato/a data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(barrare la casella interessata)

**LETT. A):**

inserito/a al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ nella graduatoria regionale definitiva di  
medicina pediatrica, valevole per l'anno 2024, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione  
Puglia - n. 105 del 27.11.2023, data di specializzazione in pediatria \_\_\_\_\_ voto di  
specializzazione \_\_\_\_\_;

**LETT. B):**

in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito in data  
\_\_\_\_\_ successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in graduatoria  
regionale definitiva valevole per l'anno 2024

DICHIARA

-l'eventuale disponibilità ad accettare l'incarico provvisorio di Medicina Pediatrica, ai sensi dell'art.  
35 dell'A.C.N., tra quelli di seguito elencati, della durata massima di dodici mesi e comunque sino  
all'individuazione del medico avente diritto o per recesso da comunicare all'Azienda ai sensi  
dell'art. 23, comma 1, lett. a) dell'A.C.N.

**(barrare una o più sedi in ordine di preferenza)**

- Distretto S.S. n. 2– Comune di Palagiano  
 Distretto S.S. n. 6– Comune di San Marzano di San Giuseppe  
 Distretto S.S. n. 7– Comune di Sava

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei..... della Provincia di.....  
ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**Dichiara formalmente di**

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro .....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte  
Periodo: dal .....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)  
A.S.L. .... branca..... ore sett.....  
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia..... branca.....  
Periodo: dal.....

**Segue ALLEGATO I)**

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):  
 Regione..... A.S.L..... ore sett.....  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
- Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:  
 Azienda..... ore sett.....  
 Via..... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L. .... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 Periodo: dal.....

**Segue ALLEGATO I)**

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....  
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di .....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....  
.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

**NOTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".