

# ASLBA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI  
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. **0945**  
Del **17 LUG, 2020**

**OGGETTO: AGRU-UOGAPC: INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER LA REPERIBILITA' DOMICILIARE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2020**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la deliberazione n. 1492/2018 del Direttore Generale con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, dal Direttore AGRU dott. Rodolfo Minervini che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Premesso che :

al fine di garantire il regolare svolgimento del Servizio di Continuità Assistenziale alla popolazione residente nell'ambito del territoriale aziendale di questa ASL BA si rende necessario, nei casi in cui il medico di continuità assistenziale sia impossibilitato a svolgere il proprio turno, organizzare turni di reperibilità domiciliare, mediante la formulazione di apposite graduatorie;

sul BURP n. 148 del 19/12/2019 è stata pubblicata la graduatoria regionale definitiva di medicina generale valevole per l'anno 2020;

a seguito della pubblicazione della graduatoria regionale definitiva di medicina generale valevole per l'anno 2020, questa ASL BA deve indire avviso pubblico valevole per la formazione di apposite graduatorie aziendali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di continuità assistenziale;

Visto l'art. 71 Acn 2009 e l'art 43 AIR 2008;

Ritenuto pertanto :

di indire l' avviso pubblico valevole per la formazione di apposite graduatorie aziendali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di continuità assistenza allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

Il Dirigente Amministrativo AGRU \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO A.G.R.U.  
Dott.ssa Anna Maria QUARANTA

Il Direttore della S.C. AGRU \_\_\_\_\_

**DIRETTORE**  
AREA GESTIONE RISORSE UMANE  
(Dott. Rodolfo MINERVINI)

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

### **DELIBERA**

Per i motivi esposti in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati:

- di indire l' avviso pubblico valevole per la formazione di apposite graduatorie aziendali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di continuità assistenza allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale
- di pubblicare l'avviso pubblico , allegato alla presente deliberazione , sul sito della ASL BA alla Sezione Amministrazione Trasparente – Bandi di concorso – UO Convenzioni.

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO

Prot. N. 38579/I

Lungomare Starita 6 – Bari

13 LUG. 2020

Avviso Pubblico per la reperibilità domiciliare nell'ambito del servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA.

**AVVISO PUBBLICO**

In esecuzione della deliberazione **0945** del **17 LUG. 2020** è indetto avviso pubblico per la formazione di appositi elenchi distrettuali da utilizzare per la reperibilità domiciliare nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale di questa ASL BA, ai sensi dell' art. 71 dell'ACN del 29/7/2009 e art 43 dell'accordo regionale pubblicato sul BURP n. 10 del 18/1/2008 ed al regolamento aziendale di C.A.

**REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori e di sostituzione di Continuità Assistenziale secondo il seguente ordine di priorità:

- A) **I medici inseriti nella graduatoria unica regionale definitiva di Settore valevole per l'anno 2020 di cui al BURP n. 148 del 19/12/2019;**
- B) **I medici che hanno acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina Generale nella Regione Puglia successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale(31/12/2019) valevole per l'anno 2020;**

Inoltre ai sensi dell'art 19 comma 11 l. n.448/2001, possono partecipare al presente avviso:

- C) **i medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in medicina Generale ;**
- D) **i medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**
- E) **i medici iscritti ai Corsi di Specializzazione;**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**I medici interessati al presente avviso devono inviare apposita domanda in bollo da € 16,00, debitamente sottoscritta e corredata da copia di un valido documento di identità .**

La domanda dovrà essere inviata , pena esclusione, entro trenta ( 30gg) giorni dalla pubblicazione dell'avviso sul sito della Azienda ASL BA- Sezione Amministrazione Trasparente – Bandi di Concorso- UO Convenzioni a mezzo pec al seguente indirizzo **agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it**

**Il termine dei 30 gg è perentorio. Non sono ammesse altre modalità di invio della domanda di partecipazione pena esclusione .**

**Il termine dei 30 gg scade alle ore 23,59 del trentesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale .**

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 . Pertanto, non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da una casella di posta elettronica semplice/ordinaria.

La validità della trasmissione e ricezione della PEC è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna e dalla ricevuta accettazione. La domanda inviata per via telematica è valida se effettuata secondo quanto previsto dal Dlgs 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.

**La domanda di partecipazione dovrà essere redatta utilizzando esclusivamente gli schemi allegati pena esclusione. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema saranno escluse .**

Gli aspiranti dovranno dichiarare , sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i , a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, luogo di residenza, indirizzo, recapito telefonico, PEC , voto di laurea, anzianità di laurea, iscrizione all'ordine dei medici , acquisizione dell'abilitazione professionale con la relativa indicazione della sessione di conseguimento, posizione e punteggio riportato nella graduatoria regionale 2020, data di conseguimento dell'attestato di formazione e relativa Azienda, iscrizione al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale, iscrizione al Corso di Specializzazione.

Ogni aspirante dovrà esprimere nella domanda di partecipazione, **a pena di esclusione**, una sola opzione in ordine alla scelta del distretto in cui intende garantire la reperibilità domiciliare.

A tale riguardo, si riportano qui di seguito i distretti della ASL BA:

- Dist.1 Molfetta- Giovinazzo
- Dist 2 Corato- Ruvo-Terlizzi
- Dist 3 Bitonto –Palo del Colle
- Dist 4 Altamura- Gravina-Santeramo-Poggiorsini
- Dist 5 Grumo-Acquaviva- Cassano-Binetto-Sannicandro-Toritto
- Distretto Unico di Bari
- Dist 9 Modugno- Bitetto-Bitritto
- Dist 10 Triggiano-Adelfia-Cellamare- Capurso-Valenzano
- Dist 11 Mola-Noicattaro-Rutigliano
- Dist 12 Conversano- Polignano- Monopoli
- Dist 13 Gioia- Turi-Casamassima- Sammichele
- Dist 14 Putignano- Noci- Alberobello-Castellana-Locorotondo

Per ogni distretto sarà costituito un apposito elenco in base alla scelta effettuata dal partecipante

#### **GRADUAZIONE DELLE DOMANDE**

**Le domande di cui alla lettera A) del presente avviso saranno graduate sulla base del punteggio riportato nella graduatoria regionale 2020.**

**Le graduatorie di cui alle lettere B) , C), D), E) , giusta art 2 comma 7 Acn 2018 sono graduate nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.**

## CAUSE DI ESCLUSIONE

Sono cause di esclusione :

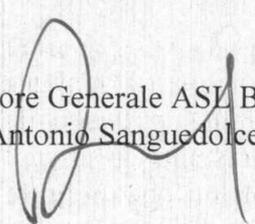
- **Presentazione della domanda oltre il termine perentorio indicato nel presente bando;**
- **Presentazione della domanda prima della pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale della ASL BA;**
- **Redazione di domanda incompleta dei dati necessari per la formulazione delle graduatoria;**
- **Domanda priva della marca da bollo;**
- **La mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione**
- **La mancata allegazione della copia del documento valido di identità**
- **La presentazione della domanda con modalità diversa da quella indicata nel presente bando;**
- **Mancato utilizzo degli schemi allegati per la presentazione della domanda**
- **Invio della domanda per mezzo di una casella di posta elettronica semplice/ordinaria.**
- **Domanda che contiene opzioni multiple di distretti**

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante ai medici aventi titolo, si rinvia alla normativa di cui all'ACN 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste a: - Sig.ra Di Turi Maria - Via Lungomare Starita n. 6 70123 - BARI - Tel : 080/5842314.



Il Direttore Generale ASL BA  
Dott. Antonio Sanguedolce



ALL. A)

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

**BOLLO**

## MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA 2020

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale ASL BA

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ PEC OBBLIGATORIA \_\_\_\_\_
- c) Di essere incluso al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2020, pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2019;
- e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL. B)

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

## BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA \_\_\_\_\_, chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ ;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC obbligatoria \_\_\_\_\_ ;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ ;
- d) di aver conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data \_\_\_\_\_  
corso triennale \_\_\_\_\_ c/o ASL \_\_\_\_\_ ;
- e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_ numero  
dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.C) per iscritti al Corso di Formazione in Medicina generale

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

## BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA ,

chiede

DI ESSERE INSERITO NEGLI ELENCHI DELLA REPERIBILITA' DOMICILIARE DEL DISTRETTO SS

N \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ ;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC obbligatoria \_\_\_\_\_ ;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ ;
- d) di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale TRIENNIO \_\_\_\_\_  
POLO formativo \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ ;
- e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_ numero  
dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.D) per gli ABILITATI

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

BOLLO

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA

chiede

di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ ;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC obbligatoria \_\_\_\_\_ ;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ ;
- d) Di essersi abilitato dopo il 31/12/1994 e precisamente in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

ALL.E) per gli SPECIALIZZANDI

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per la reperibilità domiciliare nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL BA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, presa visione dell'Avviso pubblico pubblicato sul sito aziendale della ASL BA,

chiede  
di essere ammesso alla selezione per la formazione della graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'ASL BA.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

- a) Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ ;
- b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico \_\_\_\_\_, PEC obbligatoria \_\_\_\_\_ ;
- c) Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ ;
- d) Di frequentare la scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ ;
- e) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_ numero  
dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

