



ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

U. O. GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI

Via Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce

e-mail convenzioni@ausl.le.it

tel. 0832.215313 - Fax 0832.215358

tel. 0836.420786 - Fax 0836.420787

Pubblicazione Avviso sul
Sito Web ed Albo Pretorio
Scadente presentazione
domande:

27 Maggio 2014

LECCE, 12/05/2014

REFERENTE
PUBBLICAZIONI LEGALI
[Signature]
li

Prot. n. _____

AVVISO

OGGETTO: - Avviso pubblico per conferimento incarichi convenzionali nel SERVIZIO DI ASSISTENZA TURISTICA della ASL LECCE .

A TUTTI I DISTRETTI
SOCIO SANITARI
DELLA ASL LECCE
LORO SEDI

A TUTTE LE AA.SS.LL
DELLA REGIONE PUGLIA
LORO SEDI

ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA
PROVINCIA DI LECCE

AI SINDACATI PROVINCIALI
S.M.I. - S.U.M.A.I. - F.I.M.G. -
S.N.A.M.I.
C.G.I..L

AGLI UFFICI RELAZIONI
CON IL PUBBLICO
LORO SEDI

UFFICIO AFFARI GENERALI
ASL LECCE

e p.c. ASSESSORATO ALLE
POLITICHE DELLA
SALUTE DELLA
REGIONE PUGLIA
SEDE

Si rende noto che in esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 695 del 08/05/2014 questa ASL indice il presente Avviso Pubblico per la formazione di apposita graduatoria valida per il conferimento di incarichi convenzionali di Assistenza Turistica presso le località marine, ad alto flusso turistico, del litorale della Provincia di Lecce.

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento i Medici secondo le priorità sotto riportate :

1. Medici di cui all'art. 38 comma 2:
 - a) Medici incaricati a tempo Indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale della Asl, con priorità per i medici incaricati nel distretto dove è situata la postazione con completamento orario a 38 ore settimanali;
 - b) Medici incaricati a tempo determinato nella ASL con le modalità di cui all'art. 70 dell'ACN, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
 - c) medici incaricati a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale in ASL confinanti, con completamento orario a 38 ore settimanali;
2. Medici di Medicina Generale della ASL LECCE con numero di scelte inferiori a 300;
3. Medici inclusi nella Graduatoria Definitiva Regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2013;
4. Medici non inseriti nella Graduatoria di Medicina Generale in possesso di Corso di formazione
5. Medici non inseriti nella Graduatoria regionale di cui alla noma finale n. 5 dell'ACN vigente con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda;
6. Medici di Medicina Generale della ASL Lecce con numero di scelte inferiori a 1000;
7. Medici titolari di duplice incarico convenzionale: Medici di Continuità Assistenziale e di Medicina di base con numero di scelte non superiori a 300;
8. Medici di Medicina Generale della ASL Lecce con numero di scelte superiori a 1000;

I medici interessati all'inclusione nella graduatoria di cui sopra dovranno inviare istanza, corredata di fotocopia di un valido documento di identità indirizzata a : ASL Lecce – U.O. Convenzioni – Via Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce, entro e non oltre 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente Avviso.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso, che dovrà formularsi come da schemi allegati al presente bando gli aspiranti ,dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, a pena di esclusione, i dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, il voto e l'anzianità di laurea, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva anno 2013 con il relativo punteggio e tutte le attività in via di svolgimento a qualsiasi titolo anche precario.

La graduatoria aziendale per il conferimento degli incarichi convenzionali di assistenza turistica sarà predisposta rispettando l'ordine di priorità suddetto.

I dati personali forniti dai concorrenti a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

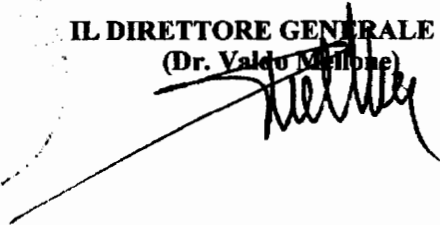
Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso potrà essere richiesta al Funzionario responsabile del procedimento Dr.ssa Brunella Paragnani, telefonando al n. 0836/420786.

I destinatari in indirizzo sono invitati a dare la massima diffusione al presente avviso.

IL DIRIGENTE U.O.G.R.C.
(Dr. Cosimo Dimastrogiovanni)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Valdo Mellone)



(Allegato 1)

Riservato ai Medici di cui all'Art. 38 dell'AIR vigente

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA TURISTICA - ANNO 2014.

**ASL LECCE
U.O. CONVENZIONI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via. _____ N° _____
Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____

MEDICI DI CUI ALL'ART. 38 COMMA 2 DELL'AIR VIGENTE

Con completamento orario a 38 ore settimanali:

- a) Medico incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL LECCE nella sede di _____ dal _____;
- b) Medico incaricato a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL, con le modalità di cui all'art. 70 dell'ACN, sede di _____ dal _____;
- c) Medico incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della AA.SS.LL., confinanti, ASL _____ Sede di _____ dal _____;

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2014.

A tal fine dichiara di essere disponibile per l'espletamento dell'incarico presso la sede turistica di:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

(Allegato 2)

Riservato ai Medici di Medicina Generale

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA TURISTICA – ANNO 2014.

**ASL LECCE
U.O. CONVENZIONI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____

nat _____ il _____ a _____ (_____)

residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____

Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____

Cod. EMPAM _____

a) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal _____
con numero scelte inferiori a 300;

b) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal _____
con numero scelte inferiori a 1000;

c) Medico di Assistenza Primaria presso il Comune di _____ dal _____
con numero scelte superiori a 1000;

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2014.

A tal fine dichiara di essere disponibile per l'espletamento dell'incarico presso la sede turistica di:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

(Allegato 3)

Riservato ai Medici inseriti nella graduatoria definitiva Regionale anno 2013.

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA TURISTICA – ANNO 2014.

**ASL LECCE
U.O. CONVENZIONI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____

nat _____ il _____ a _____ (_____)

residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____

Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____

Cod. EMPAM _____

a) Medico incluso al n° _____ con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva dell'anno 2013, pubblicata sul BURP N. 10 del 23/01/2014 .

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2014.

A tal fine dichiara di essere disponibile per l'espletamento dell'incarico presso la sede turistica di:

1) _____

2) _____

3) _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

(Allegato 4)

(Riservato ai Medici non inclusi nella graduatoria definitiva Regionale anno 2013). Norma finale N° 5 dell'ACN.

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA TURISTICA – ANNO 2014.

**ASL LECCE
U.O. CONVENZIONI
VIA DON MINZONI, N. 8
73100 LECCE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____

nat _____ il _____ a _____ (_____)

residente a _____ Cap _____ Via _____ N° _____

Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____

Cod. EMPAM _____ laureato il _____ con voto _____

Abilitato il _____ con voto _____

- Medico in possesso del Corso di Formazione in Medicina Generale _____
- Medico iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale _____
- Medico iscritto a Scuola di Specializzazione _____

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2014.

A tal fine dichiara di essere disponibile per l'espletamento dell'incarico presso la sede turistica di:

1) _____

2) _____

3) _____

Allega alla presente Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile

(Allegato 5)

Riservato ai Medici titolari di duplice rapporto convenzionale.

OGGETTO:ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO PUBBLICO PER CONFERIMENTO INCARICHI CONVENZIONALI DI ASSISTENZA TURISTICA – ANNO 2014.

**ASL LECCE
U.O. CONVENZIONI
VIA DON MINZONI, 8
73100 LECCE**

Il _____ sottoscritt _____ Dottor _____
nat _____ il _____ a _____ (_____)
residente a _____ Cap _____ Via. _____ N° _____
Tel. _____ Cell. _____ Cod. Fisc. _____
Cod. EMPAM _____

MEDICO TITOLARE DI DUPLICE RAPPORTO:

- Medico di Assistenza Primaria e presso il Comune di _____ dal _____ con numero di scelte non superiori a 300;
- Medico Titolare di Incarico di Continuità Assistenziale sede di _____ dal _____

CHIEDE

di partecipare alla graduatoria per conferimento di incarico convenzionale presso i Punti di Assistenza Turistica programmato da codesta A.S.L. LECCE per l'anno 2014.

A tal fine dichiara di essere disponibile per l'espletamento dell'incarico presso la sede turistica di:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile