



Ufficio Specialistica Ambulatoriale
e-mail: specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it

Il numero e la data di protocollo sono generati automaticamente dal sistema (DPCM 3.12.2013, art. 20)

AVVISO DI MOBILITA' INTRAZIENDALE PER L'ANNO 2025

riservato a Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e professionisti Ambulatoriali incaricati a tempo indeterminato in servizio presso l'ASM - MATERA

- Visto l'art. 20, comma 1 del vigente ACN del 4.04.2024 e s.m.i.;

è indetto

AVVISO INTERNO

di **mobilità intraziendale nelle strutture dell'ASM – MT per l'anno 2025** riservato ai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e Professionisti Sanitari (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ASM – Matera, ai sensi dell'art. 20 dell'ACN del 4.04.2024 s.m.i. e delle norme regionali di riferimento;

REQUISITI DI AMMISSIONE

- Titolarità di incarico a tempo indeterminato nella specialistica ambulatoriale interna a tempo pieno (38 ore settimanali) o con un monte ore inferiore a 38 ore settimanali;
- Anzianità di incarico di 18 mesi nella sede di provenienza e dalla quale si chiede la mobilità verso altra sede aziendale maturata entro il 31.01.2025;
- Non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 del vigente ACN.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice, utilizzando l'apposito modulo allegato dovranno essere inviate esclusivamente tramite PEC personale del candidato, a pena di esclusione, al seguente indirizzo PEC aziendale: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it riportando come oggetto: **Domanda di mobilità intraziendale nella specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 20, comma 1 del vigente ACN e s.m.i. – Anno 2025** a pena di esclusione, dall'1 al 31 Gennaio 2025.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

La domanda di partecipazione all'avviso datata dovrà recare la firma autografa ovvero digitale e contenere i seguenti allegati:

- Domanda debitamente sottoscritta in un unico file in formato pdf;
- Copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità.

Nella domanda di partecipazione all'avviso interno, datata e firmata, gli aspiranti devono dichiarare il possesso del requisito specifico previsto dal Bando, nonché le seguenti informazioni rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

- a) cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza, recapito telefonico e indirizzo PEC;
- b) data di decorrenza del rapporto convenzionato a tempo indeterminato riportando la data di decorrenza di 18 mesi nella sede di provenienza;
- c) la/e sede/i della ASM scelta/e per la mobilità intraaziendale;
- d) indicazione dell'incarico oggetto della mobilità;
- e) eventuali sanzioni disciplinari comminate o procedimenti disciplinari in corso;
- f) non aver riportato condanne penali e/o di non averne in corso;
- i) eventuali situazioni di incompatibilità con lo svolgimento dell'attività specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 27 dell'ACN vigente;
- k) il consenso, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento EU/2016/679 e s.m.i., alla ASM al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso da parte degli aventi diritto;
- l) l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) personale presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni di indirizzo.

ESCLUSIONE DALL'AVVISO

Costituiscono motivi di esclusione:

- Il mancato possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione;
- La mancata sottoscrizione della domanda;
- La mancata presentazione della fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- L'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il 31 gennaio 2025.

FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

Delle domande presentate dai medici/specialisti/veterinari/professionisti sanitari aspiranti alla mobilità intraaziendale, saranno predisposti degli elenchi per branca specialistica, graduati secondo i criteri stabiliti dall'art. 20 dell'ACN.

Per l'assegnazione della mobilità intraaziendale si terranno presenti, in ordine prioritario, i seguenti criteri:

1. Maggiore anzianità di incarico;
2. A parità di anzianità di incarico si applicherà il criterio del maggior numero di ore di incarico;
3. A parità di numero di ore di incarico si applicherà il criterio della maggiore età.

Le sedi di destinazione della procedura di mobilità verranno individuate facendo riferimento a quelle che saranno coperte con l'Avviso di pubblicazione degli incarichi del IV trimestre del 4.12.2024, in fase di istruttoria.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

L'istituto della mobilità intraziendale precede il completamento orario (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), e la pubblicazione degli incarichi.

Per informazioni:
Ufficio specialistica ambulatoriale

Tel. 0835253571
e-mail: specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it

Il Dirigente Amministrativo

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

ALL'
AZIENDA SANITARIA LOCALE MATERA
UFFICIO SPECIALISTICA AMBULATORIALE
asmbasilicata@pec.ruparbasilicata.it

OGGETTO: Domanda di mobilità intraziendale nella specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 20, comma 1 del vigente ACN e s.m.i.e - Anno 2025

(da inviare a mezzo PEC dall'1.01.2025 al 31.12.2025)

Il/la sottoscritto/a _____, presa visione dell'avviso pubblicato sul sito web aziendale il _____, chiede di essere ammesso all'avviso di mobilità intraziendale nella Specialistica Ambulatoriale interna di codesta ASM per l'anno **2025**.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.:

- di essere nato/a a _____ il _____
C.F. _____;
- di risiedere nel Comune di _____ CAP _____
alla via _____, n. _____
recapito telefonico n. _____
Indirizzo PEC _____
- Specialista/Veterinario/Professionista _____ nella _____ branca _____ di _____
- di avere la seguente anzianità di incarico a tempo indeterminato nella Specialistica Ambulatoriale Interna di almeno 18 mesi maturata a partire dal _____ presso la sede di provenienza _____ (indicare la sede);
- titolare di n. _____ ore settimanali;
- di voler effettuare la mobilità intraziendale verso le seguenti sedi (specificare le sedi che si intendono ricoprire):
 - 1) sede di _____ per n. _____ ore
 - 2) sede di _____ per n. _____ ore
 - 3) sede di _____ per n. _____ ore
- di voler rinunciare alle sottoelencate sedi:
 1. _____ anzianità da ____/____/____ (obbligatorio)
 2. _____ anzianità da ____/____/____ (obbligatorio)
 3. _____ anzianità da ____/____/____ (obbligatorio)
- di avere/non avere sanzioni disciplinari comminate o procedimenti disciplinari in corso (*);
- di avere/non avere riportato condanne penale e/o di non averne in corso (*);
- di essere/non essere in situazione di incompatibilità con lo svolgimento dell'attività specialistica ambulatoriale ai sensi dell'art. 27 dell'ACN vigente;
- di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento EU/2016/679 e s.m.i

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA FOTOCOPIA DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo PEC:

Dott. _____

Indirizzo PEC (obbligatorio)_____

Il/la sottoscritto/a dichiara, fin d'ora, di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dal vigente ACN del 4.04.2024 che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), del quale ha integrale conoscenza, e dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità.

Luogo e data

Firma non autenticata (**)

(*) Cancellare la parte che non interessa

(**) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.