



## AVVISO

### **PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA AZIENDALE DI CUI ALL'ART. 19, COMMA 7, DELL'A.C.N. 10.02.2022 DI DISPONIBILITA' DA UTILIZZARSI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE PER LE ATTIVITA' PREVISTE DAL VIGENTE ACN PER I RAPPORTI CON I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

In relazione al disposto di cui all'art. 19, comma 7, dell'ACN del 10.02.2022 per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta (di seguito ACN), questa Azienda, deve redigere una apposita graduatoria di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di sostituzione delle attività previste dall'ACN nelle sedi Aziendali. La graduatoria di cui al presente Avviso sarà valida per un anno o, comunque fino alla formazione di nuova graduatoria, e verrà predisposta in relazione al disposto di cui all'art. 2 dell'ACN 2018 (e s.m.i.) che ha modificato l'art. 15 dell'ACN 2005 (e s.m.i) per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) Pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

I pediatri di cui alla lettera a) saranno graduati sulla base del punteggio della graduatoria regionale.

I Pediatri di cui al punto b) saranno graduati nell'ordine di anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Le domande di partecipazione al presente Avviso devono pervenire alla ASM, a pena di esclusione, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda,

debitamente compilate e sottoscritte, in bollo secondo le norme vigenti, utilizzando l'allegato modello.

Gli interessati, nella domanda di inserimento in graduatoria, dovranno indicare a pena di esclusione in forma di autocertificazione:

- nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici, E-mail e PEC;
- data, università e voto di laurea, ordine dei medici di iscrizione e numero di iscrizione;
- eventuali rapporti di lavoro pubblico o privato, borse di studio in godimento;
- eventuale iscrizione nella graduatoria della Regione Basilicata e punteggio.

Le domande che perverranno successivamente alla data di scadenza, saranno inserite in una graduatoria aggiuntiva che potrà essere utilizzata nel caso di indisponibilità di medici nella graduatoria Aziendale, i medici saranno graduati con gli stessi criteri per quelli non inseriti nella graduatoria regionale.

La domanda indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, dovrà pervenire secondo una delle seguenti modalità e comunque, entro le ore 24:00 del giorno di scadenza:

- Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: [asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it](mailto:asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it), indicando nell'oggetto: "Avviso incarichi provvisori PLS anno 2024", l'Azienda si riserva di richiedere la copia cartacea;
- Consegna diretta all'ufficio Protocollo Aziendale sito in Matera alla Via Montescaglioso snc75100 Matera. Con oggetto "Avviso incarichi provvisori PLS anno 2024";

Alla domanda dovrà essere allegato, a pena di esclusione, copia del documento di identità in corso di validità.

Il presente avviso sarà pubblicato esclusivamente sul sito web aziendale : [www.asmbasilicata.it](http://www.asmbasilicata.it).

I medici inseriti nella predetta graduatoria aziendale saranno convocati, presso la sede amministrativa Aziendale per il conferimento di eventuali incarichi provvisori, di cui al presente avviso.

Per ulteriori informazioni contattare i seguenti recapiti telefonici: 0835/253634 -0835/986720. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere e si procederà alla cancellazione della graduatoria aziendale.

La graduatoria sarà pubblicata all'albo pretorio on line della ASM, nel rispetto delle norme sulla riservatezza. In ogni caso gli interessati potranno prendere visione della versione completa presso i competenti uffici dell'Azienda.

Gli incarichi eventualmente disponibili, saranno assegnati sulla base della graduatoria di che trattasi con le procedure indicate nel vigente ACN.

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. e all'AIR per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera scelta.

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Matera lì, data di pubblicazione

Il Responsabile della SSD

Gestione dei Rapporti con i MMG e PLS

dott. Giuseppe Taratufolo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Taratufolo', positioned below the printed name.

Marca da bollo

**Al Direttore Generale**  
**Azienda Sanitaria di Matera**

Via Montescaglioso  
75100 Matera

**Oggetto:** Domanda per l'inserimento nella graduatoria ASM per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato o di sostituzione nelle attività previste dall'ACN per i rapporti con i PLS del 10.02.2022 nelle sedi Aziendali. Per l'anno 2024.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

domicilio di recapito, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nelle attività di cui all'ACN per i rapporti con i PLS 10.02.2022. nella ASM di Matera, di cui all'avviso pubblicato sul sito della ASM il \_\_\_\_\_.

A tal fine , ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000 ),

### DICHIARA

- di essere residente in via \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ( ) ;

- Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con

votazione \_\_\_\_\_ ;

- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

n. iscrizione \_\_\_\_\_

- Di essere/non essere\* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;

- Di essere in possesso della specializzazione in pediatria o equipollente, conseguita il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

- Di essere/non essere\* incaricato presso l'ASL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ quale medico

addetto al Servizio di \_\_\_\_\_ con incarico a tempo determinato o

scadente il \_\_\_\_\_, o indeterminato dal \_\_\_\_\_

- Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'ACN;

- Di svolgere/non svolgere\* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti, in caso negativo scrivere: NESSUNA)

---

---

(\* cancellare la dizione che NON interessa)

Comunica la PEC

---

Si impegna a comunicare alla ASM ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità (art. 17 ACN).

Dichiara inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_