



## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA

### Avviso Pubblico straordinario

**Per la individuazione di pediatri che intendano partecipare al progetto di sperimentazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico ( P.P. I. P.) nei distretti di Bronte e di Palagonia .**

**Vista** la "norma finale 1" dell'Accordo Integrativo Regionale per la pediatria reso esecutivo con decreto dell'Assessore regionale della Salute 29 giugno 2011, pubblicato sulla GURS n.31 parte I del 22 luglio 2011;

**Vista** la linea di indirizzo operativa , trasmessa dall'Assessorato della Salute Regione Sicilia, relativa al "Progetto di sperimentazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico "

**Vista** la mancata apertura dei Punti di Primo Intervento Pediatrico ( P.P. I. P.) nei distretti di Bronte e di Palagonia ( Ramacca ) per mancanza di pediatri disponibili a tale attività;

Al fine di garantire il regolare funzionamento dell'attività dei P.P.I.P. in tutti i Distretti si rende noto che sono disponibili incarichi a tempo determinato di pediatria presso i PPIP di Bronte e di Ramacca non ancora attivati.

Per gli specialisti pediatri non convenzionati è prevista la riserva del 50% delle ore disponibili per il servizio. E' escluso per tali medici un rapporto di pubblico impiego, di tipo subordinato o parasubordinato con l'Azienda.

Gli interessati devono presentare domanda per ciascun PPIP. Il richiedente può dichiarare la disponibilità a coprire i turni vacanti, sia per mancanza o insufficienza di pediatri in graduatoria, che per sostituzioni di colleghi eventualmente impossibilitati a svolgere i turni previsti, nelle sedi di altri PPIP dell'Azienda.

#### Presentazione della domanda

I pediatri che intendono partecipare al suddetto al "Progetto di sperimentazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico "dovranno presentare apposita istanza (**Allegato A**), una per ogni PPIP dell'avviso, mezzo pec [asb@pec.aspct.it](mailto:asb@pec.aspct.it) o raccomandata AR al seguente indirizzo: *U.O.C Assistenza Sanitaria di Base di Catania, Via Vecchia Ognina 14 -95127 Catania*, oppure direttamente al protocollo della medesima allo stesso indirizzo , con esclusione di ogni altro mezzo.

La suddetta istanza dovrà essere corredata da autocertificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 ( **Allegato B**) e dalla copia di un documento di identità in corso di validità.

Il termine perentorio per la presentazione della domanda di partecipazione scadrà il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso on line sul portale dell'Azienda nella sezione Servizio Assistenza Sanitaria di Base .Il suddetto termine, qualora verrà a cadere in giorno festivo, si intenderà prorogato al primo giorno utile non festivo.

La data di presentazione sarà comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante, o dalla data di ricezione del protocollo dell'Azienda.

#### Formulazione della graduatoria

L'Azienda formulerà , per i due PPIP, due distinte graduatorie , rispettivamente una per i pediatri convenzionati ed una per quelli non convenzionati. I turni ( di 5 ore ciascuno) verranno assegnati , scorrendo le due graduatorie contemporaneamente ed alternativamente dal primo all'ultimo , mantenendo il 50% delle ore per ogni graduatoria. Esaurite le graduatorie , qualora vi fossero ancora turni da assegnare , si comincerà dal primo posto in poi. Come specificato nella norma finale qualora con la disponibilità dei pediatri "non titolari di convenzione " non si riescono a coprire i turni si dovranno mettere a disposizione dei pediatri titolari di convenzione , e viceversa.

Catania ,

SERVIZIO ASB  
Il Responsabile  
Dr. Giovanni Fidelfio

Il Commissario Straordinario  
( Dott. G. Sirna)

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEI PUNTI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO  
(P.P.I.P.)

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER IL P.P.I.P. DI .....

Al Direttore della U.O.C.  
Ass.Sanitaria di base  
Via Vecchia Ognina 14  
95124 Catania

Il/La sottoscritt... Dott./Dott.ssa .....

nat... a ..... (prov.....) il .....

(se convenzionato) codice regionale .....

comune di residenza ..... (Prov.....)

indirizzo Via..... N. .... CAP .....

(se convenzionato) con ambulatorio di pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale

di..... Recapito Telefonico: .....

Cell:..... E-mail: .....

**CHIEDE**

-di essere incluso nella graduatoria dei medici pediatri che intendono prestare attività nel Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.P) di .....

-di essere / non essere disponibile ad effettuare turni presso altre sedi (indicare le sedi).....

A tal fine dichiara di aver preso visione nel bando , della linea di indirizzo operativa e della norma finale 1 dell'AIR pediatria 2011, pubblicato sulla GURS parte I il 22 luglio 2011, e di accertarne tutti i contenuti . In particolare dichiara di essere disponibile a coprire turni vacanti nei PP.P.I.P dei Distretti limitrofi per sostituire i colleghi impossibilitati a svolgere i turni assegnati.

Allega alla presente :

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- dichiarazione sostitutiva di certificazione( All.B)

Luogo e data ..... Firma per esteso .....

Recapito per le comunicazioni.....

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEI PUNTI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO  
(P.P.I.P.)

Al Direttore della U.O.C.  
Ass.Sanitaria di base  
Via Vecchia Ognina 14  
95124 Catania

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
( art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 ess.mm.ii.)

Il/La sottoscritt... Dott./Dott.ssa .....

nat... a .....(prov.....) il .....

comune di residenza ..... (Prov.....)

indirizzo Via..... N. .... CAP .....

codice fiscale.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

**DICHIARA**

- di essere / non essere convenzionat... con il SSR per la pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale di .....
- di essere / non essere inserit....nella graduatoria vigente al n. d'ordine .....

*(solo per i pediatri convenzionati e per i pediatri inclusi nella graduatoria regionale )*

- di essersi specializzato in data .....presso .....
- Di essersi laureato in data .....presso .....

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 30/06/03 n.196 (codice privacy), 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 identità in corso di validità.

Luogo e data ..... Firma per esteso .....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.