



Spedizione in abbonamento postale – 70% Div. Corr. D.C.I. AQ

ANNO XXXIV

N. 63 Speciale  
(Zone Carenti)

REPUBBLICA ITALIANA

---

# BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

## REGIONE ABRUZZO

---

**PARTE I, II, III, IV - L'AQUILA, 11 GIUGNO 2003 -**

**DIREZIONE – REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:** Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila.- Telefono (0862) 3631 (n. 16 linee urbane); 364662 – 364690 – 364660 – Fax 364665

**PREZZO E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO:** Canone annuo: € 77,47 (L. 150.000) – Un fascicolo: € 1,29 (2.500) – Arretrati, solo se ancora disponibili € 1,29 (L. 2.500).

**Le richieste di numeri mancati non verranno esauditi trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione.**

**INSERZIONI:** La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri Soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui, tali atti, attengano l'interesse esclusivo della Regione e dello Stato. Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi, ecc. devono essere indirizzate, con tempestività, esclusivamente alla Direzione del Bollettino Ufficiale, Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila – Il testo da pubblicare, in duplice copia, di cui una in carta da bollo (tranne i casi di esenzione), deve essere inviato unitamente alla ricevuta del versamento in c/c postale dell'importo di € 1,81 (L. 3.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per titoli e oggetto che vanno in neretto e di € 1,29 (L. 2.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per il testo di ciascuna inserzione. Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo "dalla data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

**Tutti i versamenti vanno effettuati sul ccp n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo – Bollettino Ufficiale – 67100 L'Aquila.**

**AVVERTENZE:** Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si pubblica a L'Aquila e si compone di quattro parti: a) nella parte prima sono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti dei Presidenti della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali – integralmente o in sintesi – che possono interessare la generalità dei cittadini; b) nella parte seconda sono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione; c) nella parte terza sono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione – gratuita o a pagamento – è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati); d) nella parte quarta sono pubblicati per estratto i provvedimenti di annullamento o di rinvio del Comitato e delle Sezioni di controllo sugli atti degli Enti Locali. – Nei Supplementi vengono pubblicati: gli atti riguardanti il personale, gli avvisi e i bandi di concorso della Regione, le ordinanze, i ricorsi depositati, le sentenze e le ordinanze di rigetto, relative a questioni di legittimità costituzionale interessanti la Regione, nonché le sentenze concernenti l'ineleggibilità e l'incompatibilità dei Consiglieri Regionali. In caso di necessità si pubblicano altresì numeri Straordinari e Speciali.

### SOMMARIO

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO  
DIREZIONE SANITA'  
*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,  
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

**Ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, di continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale (D.P.R. 270/00) e di Pediatria di Libera scelta (D.P.R. 272/00).**

**DIREZIONE SANITA' : Servizio Assistenza Distrettuale , Medicina di base  
e Specialistica - Ambiti territoriali carenti  
di ASSISTENZA PRIMARIA**

**CO M U N I C A T O**

**Ai sensi dell'art. 20 del D.P.R. 28/07/2000 , n. 270 vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria , rilevati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 20 , con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva , valevole per l'anno 2003 . La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli ambiti carenti per i quali si intende concorrere .**

**Gli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale di cui alla presente pubblicazione saranno assegnati secondo le seguenti modalità:**

**Le carenze non coperte per trasferimento vengono assegnate ai medici iscritti in graduatoria nella misura di :**

- a) - 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione ;**
- b) - 33% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente.**

**Tenuto conto di quanto previsto dalla norma finale n.5 del vigente D.P.R. 270/00.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
( per graduatoria )

RACCOMANDATA

Al Direttore Generale

Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza  
\_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, inserito  
nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R. \_\_\_\_\_

**F A D O M A N D A**

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui  
al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino  
Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti  
ambiti :

Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. \_\_\_\_\_ di poter  
accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le  
caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la **domanda NON potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91  
(articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R. \_\_\_\_\_);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. \_\_\_\_\_)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
( per trasferimento )

**RACCOMANDATA**

**Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria locale n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, per l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. \_\_\_\_\_, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti :

Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_

Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. \_\_\_\_\_ e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria :  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

al domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_



## AMBITI TERRITORIALI CARENTI

### ASSISTENZA PRIMARIA

#### AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO

**N. 4 ( QUATTRO )** zone carenti ( **nota del 1 aprile 2003 n. 308** ) di cui :

- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale DSB di Vasto,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Vasto );
- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale DSB di San Salvo ,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di San Salvo);
- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale DSB di Fossacesia ,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Mozzagrogna );
- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale DSB di Atesa ,  
( con riserva di indicare il Comune o la zona sede dello studio principale ).

#### AZIENDA U.S.L. DI PESCARA

**N.2 ( DUE )** zone carenti ( **nota fax del 12 maggio 2003 n. 688** ) di cui :

- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale di Cepagatti – Rosciano – Nocciano;
- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale di Città S. Angelo – Elice ;

#### AZIENDA U.S.L. DI TERAMO

**N. 6 ( SEI )** zone carenti ( **nota del 24 aprile 2003 n. 1778** ) di cui :

- n. 3 zone carenti nell'ambito territoriale di Teramo, Campi, Basciano, Canzano, Castellalto, Cortino, Penna Sant' Andrea, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di: n. 1 Basciano, n. 1 Campi, n. 1 Canzano);
- n. 1 zona carente nell'ambito territoriale di Alba Adriatica, Tortoreto,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Tortoreto);





n. 1 zona carente nell'ambito territoriale di Morro D'Oro, Notaresco, Roseto Degli Abruzzi,  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Notaresco);

n. 1 zona carente nell'ambito territoriale di Pineto, Silvi  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Silvi).

---



**DIREZIONE SANITA': Servizio Assistenza Distrettuale Medicina di  
Base e Specialistica - Incarichi vacanti di  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE.**

## **COMUNICATO**

**Ai sensi dell'art. 49 del D.P.R. 28/07/2000 , n. 270 vengono pubblicati gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti incarichi saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 49 , con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva , valevole per l'anno 2003 . La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere .**



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( per graduatoria )

RACCOMANDATA

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, inserito  
nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R. Pos. \_\_\_\_\_ Punti \_\_\_\_\_

**F A D O M A N D A**

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. \_\_\_\_\_ di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda NON potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a). D.P.R. \_\_\_\_\_);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. \_\_\_\_\_)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( per trasferimento )

**RACCOMANDATA**

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, titolare di  
incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della  
Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi:  
\_\_\_\_\_.

**F A D O M A N D A D I T R A S F E R I M E N T O**

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui  
al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino  
Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti  
incarichi:

Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere  
ai sensi dell'art. 49, comma 2, lettera a) del D.P.R. \_\_\_\_\_ e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità  
Assistenziale:

allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_





## **INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

### **AZIENDA U.S.L. DI AVEZZANO-SULMONA**

n°3 incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno ( nota n°822/CT del 30 aprile 2003)

### **AZIENDA U.S.L. DI CHIETI**

**N. 3 ( TRE )** incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno ( nota del 05 marzo 2003 n. 1120/CG ) di cui:

- n. 2 incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno nella Circostrizione Comuni di Francavilla al Mare, Torrevecchia Teatina;
- n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanale nella Circostrizione Comuni di Tollo, Canosa Sannita, Crecchio, Giuliano Teatino.

### **AZIENDA U.S.L. DI L'AQUILA**

**N. 5 ( CINQUE )** incarichi vacanti ( nota fax del 01 aprile 2003 ) di cui:

- n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali nella Circostrizione Comuni di Tornimparte, Lucoli, Scoppito, ( sede a Tornimparte);
- n. 2 incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno nella Circostrizione Comuni di Acciano, Fagnano Alto, Fontecchio, Prata D'Ansionia, San Demetrio Né Vestini, San Eusanio Forconese, Tione degli Abruzzi, Villa Sant'Angelo, (sede a San Demetrio Né Vestini) ;
- n. 1 incarico vacante di 12 ore settimanali nella Circostrizione Comuni di Acciano, Fagnano Alto, Fontecchio, Prata D'Ansionia, San Demetrio Né Vestini, San Eusanio Forconese, Tione degli Abruzzi, Villa Sant'Angelo, (sede a San Demetrio Né Vestini);
- n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali nella Circostrizione Comuni di Campotosto, Capitignano, Montecale, (sede a Montereale).

### **AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**

**N. 1 ( UNO )** incarico vacante ( nota fax del 12 maggio 2003 n. 688 ) di cui :

- n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali ( sede di Bussi sul Tirino ).



**AZIENDA U.S.L. DI TERAMO**

**N. 3 ( TRE )** incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno ( **nota del 24 aprile 2003 n. 1778** ) di cui:

n. 2 incarichi vacanti di 24 ore settimanali cadauno nella Circostrizione Comuni di Colledara, Castelli, Castel Castagna;

n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali nella Circostrizione Comune di Martinsicuro.

**AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO**

**N. 3 ( TRE )** incarichi vacanti ( **nota fax del 16 aprile 2003 n.331** ) di cui:

n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali nella Circostrizione Comune di Lama dei Peligni;

n. 1 incarico vacante di 24 ore settimanali nella Circostrizione Comune di Casalbordino

n. 1 incarico vacante di 12 ore settimanali nella Circostrizione Comune di Casalbordino

---



**DIREZIONE SANITA' : Servizio Assistenza Distrettuale Medici di base e  
Specialistica - Incarichi vacanti di  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**COMUNICATO**

**Ai sensi dell'art. 63 del D.P.R. 28/07/2000 , n. 270 vengono pubblicati gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda . Al riguardo si comunica che detti incarichi saranno assegnati dalla AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 63 , con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva , valevole per l'anno 2003 . La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale verranno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.**



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
( per graduatoria )

**RACCOMANDATA**

**Al Direttore Generale**  
**Azienda U.S.L. di \_\_\_**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza  
\_\_\_\_\_ a far data da: \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R. \_\_\_\_\_

**F A D O M A N D A**

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 4, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bolettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi :

<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____
<b>Incarico</b> _____	<b>Incarico</b> _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale Presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ e di essere in possesso dell'attestato di idoneità' previsto dal punto 5 dell'art. 63 del D.P.R. 270/00 conseguito in data \_\_\_\_\_.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_





DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
( per trasferimento )

**RACCOMANDATA**

**Al Direttore Generale**  
**Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ v: a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ Azienda di residenza  
\_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, titolare di  
incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della  
Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a  
mesi \_\_\_\_\_

**F A D O M A N D A D I T R A S F E R I M E N T O**

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui  
al D.P.R. \_\_\_\_\_, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale e pubblicati sul  
Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i  
seguenti incarichi :

<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____
<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____
<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____
<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____
<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____
<b>Incarico n.</b> _____	<b>Incarico n.</b> _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere  
ai sensi dell'art.63, comma 4, lettera a) del D.P.R. \_\_\_\_\_ e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza  
sanitaria territoriale :

allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_



## **INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**AZIENDA U.S.L. DI AVEZZANO-SULMONA**

**n° 2 incarichi di 38 ore settimanali cadauno (nota fax del 30 aprile 2003 n°822/C.T.)**

---

---



**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'albo dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
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

dichiara formalmente di

- 1) - essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_
- 2) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_
- 3) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo dal \_\_\_\_\_
- 4) - essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_
- 5) - essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)  
provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
periodo : dal \_\_\_\_\_
- 6) - avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8,c. 5, Decreto Legislativo n. 502/92 : e successive modificazioni  
Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
periodo : dal \_\_\_\_\_



- 7) essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) , nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2) :  
 Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 8) - essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.l.vo n. 368/99.  
 Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
 Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
 Inizio : dal \_\_\_\_\_
- 9) - operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi , stabilimenti , istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 – quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):  
 Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Periodo : dal \_\_\_\_\_
- 10) - operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi , stabilimenti , istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 : (2)  
 Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Periodo : dal \_\_\_\_\_
- 11) - svolgere / non svolgere ( 1 ) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93 :  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo : dal \_\_\_\_\_
- 12) - svolgere / non svolgere ( 1 ) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)  
 Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo : dal \_\_\_\_\_





13) - avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

14) - essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15) - fruire /non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

Periodo : dal \_\_\_\_\_

16) - svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate ( indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

17) - essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate , a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_

18) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata ( non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5 ,6 , 7 , ) :

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_

19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_



20) - fruire /non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita : (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro , inoltre , di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- ( 1 ) - cancellare la parte che non interessa
- ( 2 ) - completare con le notizie richieste , qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce " NOTE "

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia , non autenticata , di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax , tramite un incaricato , oppure mezzo posta.



**DIREZIONE SANITA': Servizio Assistenza Distrettuale Medicina di  
Base e Specialistica - Ambiti territoriali carenti  
di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**COMUNICATO**

Ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. 28/07/2000 , n. 272 vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti , individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti carenti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 18 , con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva , valevole per l'anno 2003. Nella domanda da inviare alle Aziende interessate , dovranno essere espressamente elencati gli ambiti carenti per i quali si intende concorrere .



## **ZONE CARENTI DI MEDICINA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA**

**AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO**

**N.1 (UNA) zona carente nell'ambito territoriale di Casalbordino, Pollutri, Villafonsina, Cupello, Monteodorisio  
( con obbligo di apertura studio principale Comune di Casalbordino).  
( nota del 1 aprile 2003 n. 308 ).**

---





## PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

### Dichiarazione informativa

#### (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dot. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo

dei \_\_\_\_\_ Della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, **legge 4 gennaio 1968, n. 15**.

#### Dichiara formalmente di

1. essere/non essere [1] titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati [2]:

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2. essere/non essere [1] titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con  
massimale di r. \_\_\_\_\_ Scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

3. essere/non essere [1] titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato [1] come specialista  
ambulatoriale convenzionato: [2]

A.S.L. \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

4. essere/non essere [1] iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: [2]

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

5. essere/non essere [1] titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria  
territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato [1], nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra Regione [2]:

Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità [1]

6. operare/non operare [1] a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e  
soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 **L. n. 833/1978**: [2]

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_



7. operare/non operare [1] a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. n. 833/1978: [2]

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

8. svolgere/non svolgere [1] funzioni di medico di fabbrica [2] o di medico competente ai sensi della legge n. 626/1993:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

9. svolgere/non svolgere [1] per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: [2]

A.S.L. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

10. fruire/non fruire [1] del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 Ministero del lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11. svolgere/non svolgere [1] altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12. operare/non operare [1] a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13. essere/non essere titolare [1] di trattamento di pensione a carico di: [2]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14. fruire/non fruire [1] del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: [2]

soggetto erogante il trattamento di adeguamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Periodo: dal \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

[1] Cancellare la parte che non interessa.

[2] Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce «NOTE».

**Autentica della sottoscrizione**

\_\_\_\_\_

(Timbro)

\_\_\_\_\_

L'anno millenovecentonovanta \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_

dei mese di \_\_\_\_\_ è comparso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signor

\_\_\_\_\_ della cui identità

SONO CERTO

per \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ quale, dopo essere stato \_\_\_\_\_ da me ammonito \_\_\_\_\_ su la responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

\_\_\_\_\_

(Firma dell'incaricato)

\_\_\_\_\_

