

Anno XXXVIII

REPUBBLICA ITALIANA

N. 50 Speciale
Sanità



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 8 GIUGNO 2007

PALAZZO CENTI



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

BOLLETTINO UFFICIALE

INFORMAZIONI

Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è pubblicato in L'Aquila dalla Presidenza della Giunta Regionale presso cui ha sede il servizio Bollettino che ne cura la direzione, la redazione e l'amministrazione.

Le uscite sono differenziate a seconda del contenuto.

Il Bollettino Ordinario si compone di 3 parti:

I° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti del Presidente della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini.

II° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione.

III° PARTE: dove vengono 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).

Nei **Supplementi** vengono pubblicati tutti gli atti riguardanti il personale regionale, gli avvisi e i bandi di concorso interno. Questa tipologia di bollettino non è inclusa nell'abbonamento.

In caso di necessità si pubblicano altresì numeri **Straordinari** e **Speciali**.

ABBONAMENTO E PASSWORD

E' possibile sottoscrivere abbonamenti in qualunque periodo dell'anno. Il **costo annuale è di € 77,47** da versare sul **c.c.p. n° 12101671** specificando nella causale: "Nuovo abbonamento". L'attivazione dell'abbonamento decorrerà non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento. Al fine di velocizzare la pratica è consigliabile inviare copia del versamento effettuato alla Redazione tramite fax al numero **0862 364665**.

L'abbonamento al cartaceo offre anche la possibilità di consultare i bollettini sul sito della Regione Abruzzo tramite l'apposita password da richiedere compilando la scheda sul sito <http://bura.regione.abruzzo.it> oppure specificando tale richiesta nel fax inviato.

Dopo questa operazione, il Servizio provvederà ad inviare tramite posta ordinaria una user e una password strettamente personali che consentiranno l'accesso al Bollettino on-line limitatamente al periodo di validità dell'abbonamento al bollettino cartaceo.

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 siano di interesse esclusivo della Regione e dello Stato.

Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi ecc. devono essere indirizzate con tempestività ed esclusivamente alla:
Direzione del Bollettino Ufficiale - Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila

Il testo da pubblicare deve pervenire:

- in originale o copia conforme regolarizzata ai fini del bollo;
- munito della ricevuta del versamento sul **c.c.p. n. 12101671** intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila, per un importo variabile in relazione all'atto da pubblicare e calcolato in base a quanto di seguito riportato:
 - per titoli ed oggetto che vanno in neretto pari a € 1,81 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute)
 - per testo di ciascuna inserzione pari a € 1,29 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute);
- in formato elettronico tramite email all'indirizzo **bura@regione.abruzzo.it**

Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

AVVERTENZE

- Gli abbonamenti e le Inserzioni vengono effettuati esclusivamente tramite **c.c.p. n° 12101671** intestato a:
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila. - n. fax 0862 364665
- Costo fascicolo: **€ 1,29** - Arretrati, solo se disponibili, **€ 1,29**.
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - Corso Federico II n° 51 - 67100 L'Aquila
- Orario per il pubblico: dal lunedì al venerdì dalle **ore 9.00 alle ore 13.00** ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

SOMMARIO

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

- **Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Assistenza Primaria, rilevati alla data del 1° marzo 2007. Pag. 4**

- **Ambiti territoriali carenti ed incarichi**

vacanti di Continuità Assistenziale, rilevati alla data del 1° marzo 2007. Pag. 9

- **Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, rilevati alla data del 1° marzo 2007. Pag. 13**

- **Graduatoria regionale provvisoria dei medici specialisti pediatri di libera scelta per il periodo anno 2008. (A.C.N. 15/12/05). Pag. 20**

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Assistenza Primaria, rilevati alla data del 1° marzo 2007.

Ambiti territoriali carenti di ASSISTENZA PRIMARIA

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 34 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, rilevati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data 1° marzo 2007 ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le pro-

cedure di cui al richiamato art. 34, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2007. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli ambiti carenti per i quali si intende concorrere .

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

Le carenze non coperte per trasferimento vengono assegnate, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 16, comma 7, del vigente ACN, 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.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dot. Enzo Verì

Segue Allegato



AMBITI TERRITORIALI CARENTI ASSISTENZA PRIMARIA

AZIENDA U.S.L. CHIETI

(nota Prot. n. 1147/CG del 06.04.2007)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale Comuni di San Giovanni Teatino Torvecchia Teatina, con obbligo di apertura studio principale nel Comune di San Giovanni Teatino;
- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale Comune di Ortona.

AZIENDA U.S.L. LANCIANO VASTO

(nota Prot. n. 2794 del 02.05.2007)

- **N. 1 (una) zona carente** Distretto Sanitario di Base di San Salvo, con obbligo di apertura dello studio nel Comune di San Salvo;
- **N. 1 (una) zona carente** Distretto Sanitario di Base di Atesa, con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Tornareccio.

AZIENDA U.S.L. PESCARA

(nota Prot. n. 254 del 04.04.2007)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Cepagatti - Nocciano – Rosciano con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Nocciano;
- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Montesilvano – Cappelle sul Tavo.

AZIENDA U.S.L. L'AQUILA

(nota Prot. n. 6047 del 07.05.2007)

- **N. 5 (cinque) zone carenti** Ambito Territoriale di L'Aquila;
- **N. 2 (due) zone carenti** Ambito Territoriale di Tornimparte;
- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Montoreale.

AZIENDA U.S.L. TERAMO

(nota Prot. n. 1734 del 07.05.07)

- **N. 2 (due) zone carenti** D.S.B. di Teramo Ambito Territoriale di Basciano, Campi, Canzano, Castellalto, Cortino, Penna S. Andrea, Rocca S. Maria, Teramo, Torricella Sicura, Valle Castellana - con obbligo di apertura rispettivamente nei Comuni di Campi e Canzano;

- **N. 1(una) zona carente** D.S.B. di Montorio Ambito Territoriale di Crognaleto, Fano Adriano, Montorio al Vomano, Pietracamela – con l'obbligo di apertura a scelta nei Comuni di Crognaleto, Fano Adriano o Pietracamela;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Val Vibrata Ambito Territoriale di Corrosoli, Controguerra, Neretto, Sant'Omero, Torano Nuovo - con obbligo di apertura nel Comune di Corropoli;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Val Vibrata Ambito Territoriale di Colonnella e Martinsicuro - con obbligo di apertura nel Comune di Martinsicuro;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Giulianova – Roseto Ambito Territoriale di Giulianova senza obbligo di apertura;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Giulianova – Roseto Ambito Territoriale di Bellante, Mosciano S. Angelo - senza obbligo di apertura;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Giulianova – Roseto Ambito Territoriale di Roseto, Morro d'Oro, Notaresco - senza obbligo di apertura;
- **N. 1 (una) zona carente** D.S.B. Atri - Ambito Territoriale di Pineto, Silvi - senza obbligo di apertura.



**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 valida per l'anno 2007, laureato dal _____, con voto _____

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo 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. 16, commi 7 e 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 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 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

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 _____

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. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti :

Ambito _____	Ambito _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria :
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 _____

DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

**Ambiti territoriali carenti ed incarichi
vacanti di Continuità Assistenziale, rilevati
alla data del 1° marzo 2007.**

Incarichi vacanti di CONTINUITA' ASSI-
STENZIALE

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 63 e delle disposizioni di
cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accor-
do Collettivo Nazionale per la medicina genera-
le reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni
il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incari-

chi vacanti di Continuità Assistenziale, indivi-
duati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla
data del 1° marzo 2007 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.
63, con l'utilizzazione della graduatoria unica
regionale definitiva, valevole per l'anno 2007.
La domanda dovrà essere redatta secondo lo
schema allegato nel quale vanno espressamente
elencati gli incarichi vacanti per i quali si inten-
de concorrere.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dot. Enzo Verì

Segue Allegato

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**AZIENDA U.S.L. CHIETI**

(nota Prot. n. 1147/CG del 06.04.2007- nota prot. n. 1532/CG del 21.05.07)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella Circostrizione di Francavilla al mare;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella Circostrizione di Ortona;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nelle Circostrizioni di Orsogna n. 12 ore e di Ortona n. 12 ore.

AZIENDA U.S.L. PESCARA

(nota Prot. n. 254 del 04.04.2007)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella Circostrizione di Montesilvano;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella Circostrizione di Pianella.

AZIENDA USL L'AQUILA

(nota Prot. n. 6047 del 07.05.2007)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella Circostrizione di Montereale.

AZIENDA USL TERAMO

(nota Prot. n. 1734 del 07.05.07)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell' ambito Pineto – Silvi;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell' ambito Roseto degli Abruzzi – Morro d'Oro;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'ambito di Teramo;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell' ambito di Valle Castellana;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell' ambito Notaresco – Cellino Attanasio.

**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 valida per l'anno 2007, Pos _____
Punti _____, laureato dal _____ con voto _____.

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

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 o 277/2003 (art. 16 comma 7 lett. a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale;

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. 63, comma 2 , lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Incarico n. _____	Ambito. _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 63, comma 2 , lettera a) 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 _____

DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

**Ambiti territoriali carenti ed incarichi
vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale,
rilevati alla data del 1° marzo 2007.**

Incarichi vacanti di EMERGENZA SANI-
TARIA TERRITORIALE

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 92 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incari-

chi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° marzo 2007 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. 92, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2007. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale verranno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dot. Enzo Verì

Segue Allegato

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**AZIENDA U.S.L. DI TERAMO**

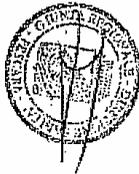
(nota Prot. n. 1909 del 24.05.07)

Carenze di 38 ore settimanali ciascuna:

- N. 1 unità U.O. Roseto (H24);
- N. 1 unità U.O. Tortoreto (H24);
- N. 1 unità U.O. Isola del Gran Sasso (H12);
- N. 2 unità U.O. Castilenti (H12).

(N.B.: H24 fa riferimento a postazione aperta 24 ore al giorno; H12 è riferita a postazione aperta solo nelle ore diurne 8.00/20.00)

Si precisa che le predette carenze potranno essere attribuite ai soli medici in possesso dell'attestato di idoneità allo svolgimento delle attività territoriali di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 relativo vigente A.C.N.



**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 dal _____ e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale valevole per
l'anno 2007, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi :

Incarico _____	Incarico _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale Presso la Azienda _____ della Regione _____ e di essere in possesso dell'attestato di idoneità previsto dall'art. 92, comma 4, dell'Accordo Collettivi Nazionale per la Medicina Generale.

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. _____ via _____ 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. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi :

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

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 92, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 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 _____

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. 28 dicembre 2000, n. 445

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 partecipante 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. 13 del D.Lgs. n. 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.

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

Graduatoria regionale provvisoria dei medici specialisti pediatri di libera scelta per il periodo anno 2008. (A.C.N. 15/12/05).

A norma dell'art. 15 dell'A.C.N. 15/12/05 è stata formulata la graduatoria regionale provvisoria dei medici specialisti pediatri di libera scelta per l'anno 2008.

I medici interessati possono inoltrare alla Direzione Sanità della Regione Abruzzo – Via Conte di Ruvo, 74 Pescara – entro e non oltre (30) trenta giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria provvisoria, eventuale istanza di riesame della propria posizione.

IL RESPONSABILE
Dott.ssa Anna Maria Scarazza

Segue Allegato



GIUNTA REGIONALE

**GRADUATORIA REGIONALE PROVVISORIA DEI MEDICI
SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
ANNO - 2008**

DIREZIONE SANITA' SERVIZIO Assistenza Distrettuale
Medicina di Base e Specialistica

num.	DOTT.	RESIDENZA	PUNTI
1)	ASCIUTTO FRANCESCA Trav. D. Alighieri, 3/5	TAURIANOVA RC	55,80
2)	ANDOLFI MARINA Via Giovanni XXIII, 14	AVEZZANO AQ	44,45
3)	LUPO STEFANIA Via Firenze, 3	PESCARA	28,65
4)	DE SANTIS LORETA Via Dietro Corte, 34	BUSSI SUL TIRINO PE	27,55
5)	CARATELLA MARIANNA Via T. Bruni, 52	FRANCAVILLA CH	26,25
6)	DOLENTE FILOMENA Via De Vincentiis Cologna	ROSETO TE	24,10
7)	PAVONE LOREDANA C.so Umberto, 473/1	MONTESILVANO PE	23,90
8)	PETRUCCI ALTEA Via Metauro, 10	MONTESILVANO PE	23,70
9)	MASSARI GINA Via Cerreto, 266	MIGLIANICO CH	23,60
10)	CAPOZZI Giuseppina Via Delfico, 15	S. NICOLO' A TORDINO TE	21,30
11)	VERROCCHI FILIPPO Via Lucrezio, 22	SULMONA AQ	21,10
12)	MANCINELLI CARLO C.so Umberto I, 24	CRECCHIO CH	20,35
13)	BONTEMPO MARIA G. Via XXIV Maggio, 289	ISERNIA	20,10
14)	ANGELOZZI BARTOLOMEO Via Giorgione, 3	PESCARA	19,40
15)	TOPAZIO TERESA Via Campania, 28	PESCARA	19,15
16)	BRANCIAROLI ATTILIO Via Monfalcone, 29	GIULIANOVA TE	17,80
17)	MARIANI MICHELINA S.Rocco Superiore, 34	COLLELONGO AQ	17,30
18)	DI BATTISTA SILVIA Via Pacini, 14	PINETO TE	17,30
19)	D'ALONZO LIDIO Via E. Ianni, 1	VASTO CH	16,45



20)	MARCANTONIO ROSSELLA Via B. Croce, 4	SULMONA	AQ	15,90
21)	SCIARRA ANTONIO Via IV Novembre, 11	TERAMO		15,65
22)	IANIERI GLADIS Via Capestrano, 18	CHIETI		14,90
23)	GIANCATERINO OLGA C.da Fornace, 4	PENNE	PE	13,20
24)	RANIERI NICOLA Via Per Treglio, 152/D	LANCIANO	CH	13,15
25)	CEGLIE LUCIO Via Lago di Garda, 19	MONTESILVANO	PE	12,80
26)	CINQUE MASSIMO Via Campo di Fossa, 6/R	L'AQUILA		12,70
27)	PACCHIONE DARIO Via A. Rossi, 70	SILVI - M.na	TE	12,65
28)	MUCI STEFANIA Via E. Scarfoglio, 7/A	L'AQUILA		12,40
29)	DEL DUCA MARIA P. Via Luca della Robbia, 20	SAN SALVO	CH	10,65
30)	BELLOTTA LORENZO Via Collodi, 1	AVEZZANO	AQ	10,50
31)	LEPORE ERSILIA Via Santa Chiara, 3	LARINO	CB	10,00
32)	IURESCIA GERMANA Via A. Di Camillo, 5	MONTEODORISIO	CH	10,00
33)	CASANI ANNA Via G. Ungaretti, 4	CAMPOBASSO		9,15
34)	MAGRI' MARIANO Via S. Spaventa, 6/A	SULMONA	AQ	9,00
35)	PACE FILOMENA Viale Mazzini, 34	TERAMO		8,65
36)	FABIANO CECILIA Viale delle Fiamme Gialle	L'AQUILA		8,30
37)	FUSILLI PAOLA Via Lago di Garda, 19	MONTESILVANO	PE	8,10
38)	DI GIORGIO ROCCO Via Ciccarone pal.D int.5 n156	VASTO	CH	7,50
39)	ROSATO TERESA M. Via Parini, 9	PESCARA		6,85
40)	PORCELLI CARMELA M. Piano S. Rocco, 21	CERIGNOLA	FG	6,45
41)	PACIOCCO DONATELLA Via F. Verrotti, 60	PESCARA		6,20
42)	STASOLLA SALVATORE P.zza Plebiscito, 1	GRAVINA	BA	5,90
43)	DI GENOVA FRANCESCA Via Nazionale Piane S.Atto, 1	TERAMO		5,75



44)	FERRARI MARIANGELA Via Del Baluardo, 19	TERAMO		5,60
45)	GIRARDI ELISABETTA A. Via Riccardo Forster, 150	ROMA		5,50
46)	DI MICHELE SILVIA Vico Verzella, 7	CITTA' S. ANGELO	PE	5,30
47)	CERRUTO MARINA Via della Rinascita, 18	SCAFA	PE	5,10
48)	MUCEDOLA TERESA Via Valignani, 55/C	VILLANOVA CEPAGATTI	PE	4,90
49)	POMILIO MARIAPINA Via Dei Frentani, 52	CHIETI		4,90
50)	LOZZI SIMONA Via G. Pascoli, 13	L'AQUILA		4,85
51)	PUGLIELLI CRISTINA Via Aventino, 5	FRANCAVILLA	CH	4,80
52)	TORRE PIERA Via Parde Mariano da TO, 13	ROMA		4,70
53)	SAVINI ROSANNA Via Centuroni, 9	RIETI		4,60
54)	TROTTA DANIELA Via Gandhi, 3 Palaz. L 6	MONTESILVANO	PE	4,30
55)	CARBONE MARIA C. Via P. Cuppari, 33	ROMA		4,30
56)	NICOSIA ANNARITA Via Comm. G.Sapienza, 4	GAGGI	ME	4,30
57)	CIMINO PAOLA Via F. Crispi, 25	L'AQUILA		4,20
58)	MASCIARELLI GRAZIELLA Via G. Di Paolo, 34	SAN MARTINO S. M.	CH	4,20
59)	LIBERTUCCI FRANCESCA Via S. Antonio dei Lazzari, 6/A	CAMPOBASSO		4,00



AVVISI

ERRATA CORRIGE E AVVISI DI RETTIFICA

L'avviso di rettifica è disposto quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono in esso riscontrati errori già contenuti nel documento originale. L'avviso di rettifica può essere disposto esclusivamente dall'autorità che ha disposto la pubblicazione dell'atto errato o dal suo superiore gerarchico, tramite nota scritta indirizzata alla Direzione del Bollettino.

L'errata corrige è disposta quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono riscontrate difformità tra il testo originale e il testo pubblicato. La Redazione del Bollettino può disporre autonomamente l'errata corrige, previa intesa con gli estensori dell'atto da correggere.

In caso di correzione di avvisi contenenti bandi di gara e di concorso con termine di scadenza, la Direzione del Bollettino, di concerto con l'autorità estensore dell'atto, dispone che la pubblicazione dell'errata corrige o dell'avviso di rettifica non risulti pregiudicizievole di situazioni giuridiche soggettive degli interessati ai documenti medesimi.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI**

SERVIZIO BURA PUBBLICITA' ED ACCESSO

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Corso Federico II, n° 51 - 67100 L'Aquila

centralino: 0862 3631

Tel. 0862/364660 - 364661 - 364663 - 364670

Fax. 0862 364665

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>

e-mail: bura@regione.abruzzo.it