

Anno XXXVIII

REPUBBLICA ITALIANA

N. 100 Speciale
Sanità



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 5 DICEMBRE 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 – Palazzo Farinose-Branconi – Piazza S.Silvestro - 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. - **Palazzo Farinose-Branconi – Piazza San Silvestro - 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

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO

DIREZIONE SANITA'

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria ed incarichi vacanti di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati alla data del 1° settembre 2007 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO

DIREZIONE SANITA'

*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

Ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria ed incarichi vacanti di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati alla data del 1° settembre 2007 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005.

**AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Ai sensi dell'art. 34 dell'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 UU.SS.LL. della Regione alla data 1° settembre 2007 e lo schema di domanda di partecipazione alla assegnazione degli stessi. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al

richiamato art. 34, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2007.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente *Bollettino* i medici interessati potranno inoltrare alle Aziende UU.SS.LL. domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi per trasferimento o per graduatoria.

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 non coperti per trasferimento vengono assegnati, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 16, comma 7, del vigente ACN, ai medici iscritti nella graduatoria di settore nella percentuale del:

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

Ai sensi dell'art. 15, comma 11, del vigente ACN per la Medicina generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

**AMBITI TERRITORIALI CARENTI
ASSISTENZA PRIMARIA**

**AZIENDA USL
AVEZZANO SULMONA**

(nota Prot. n. 76238/07 del 31.10.2007)

- **N. 2 carenze** Ambito **Carsoli** – Oricola – Pereto – Rocca di Botte;
- **N. 1 carenza** Ambito **Tagliacozzo** – Cappadocia – Magliano dei Marsi – Massa d'Albe – Santa Maria – Scurcola Marsicana;
- **N. 2 carenze** Ambito **Trasacco** – Collelongo – Luco dei Marsi – Villavallelonga;
- **N. 2 carenze** Ambito **Celano** – Aielli – Cerchio – Ovindoli;
- **N. 1 carenza** Ambito **Gioia dei Marsi** – Lecce nei Marsi – Ortucchio.

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

(nota Prot. n. 7187 del 17.10.2007)

- **N. 2 carenze** Distretto Sanitario di Base di Atessa di cui:
 - 1 (una) con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Atessa;
 - 1 (una) con obbligo di apertura dello studio medico in uno dei Comuni del D.S.B. di Atessa.

AZIENDA USL PESCARA

(nota Prot. n. 961 del 23.10.2007)

- **N. 1 carenza** Ambito Territoriale di Pianella - Moscufo;
- **N. 1 carenza** Ambito Territoriale di Spoltore;
- **N. 1 carenza** Ambito territoriale Loreto Aprutino – Collecervino.

AZIENDA U.S.L. TERAMO

(nota Prot. n. 1856 del 17.10.07)

- **N. 1 (una) carenza** D.S.B. di Teramo - Ambito territoriale di Basciano, Campi, Canzano, Castellalto, Cortino, Penna S. Andrea, Rocca S. Maria, Teramo, Torricella Sicura, Valle Castellana;
- **N. 1 (una) carenza** D.S.B. di Atri - Ambito Territoriale di Cellino, Cermignano.

**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 _____

FA DOMANDA

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 _____

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 _____

**INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE
COMUNICATO**

Ai sensi dell'art. 63 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° settembre 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.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente *Bollettino* i medici interessati potranno inoltrare alle Aziende USL domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria.

La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.

Gli incarichi vacanti non coperti per trasferimento vengono assegnati, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 16, comma 7, del vigente ACN, ai medici iscritti nella graduatoria di settore nella percentuale del:

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

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell' ACN di Medicina generale 23.3.2005 i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**AZIENDA USL
AVEZZANO SULMONA**

(nota Prot. n. 79627/07 del 14.11.2007)

- **N. 2 turni di 24 ore settimanali** nelle sedi di Carsoli e Pescina.

AZIENDA USL TERAMO

(nota Prot. n. 1856 del 17.10.2007)

- **N. 1 turno di 24 ore** nell' ambito di Montorio – Tossicia.

**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 _____.

FA DOMANDA

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/c/ _____ 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 _____

**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE****COMUNICATO**

Ai sensi dell'art. 92 dell' Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° settembre 2007 ed il relativo schema di domanda . Al riguardo si comunica che detti incarichi saranno assegnati dalla A.A.S.S.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 92, con l'utilizzazione della graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2007.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente *Bollettino*, i medici interessati potranno inoltrare alle Aziende USL domanda

di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria.

La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.

Possono concorrere al conferimento dei predetti incarichi vacanti i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del DPR 270/2000 e dell'art. 96 ACN.

Ai sensi dell'art. 15, comma 11, del vigente ACN per la Medicina generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**AZIENDA USL
LANCIANO VASTO**

(nota prot. n. 7187 del 17.10.2007)

Carenze di 38 ore settimanali ciascuna:

- N. 1 turno U.O. di Casoli.

**AZIENDA USL
PESCARA**

(nota prot. n. 961 del 23.10.2007)

Carenze di 38 ore settimanali ciascuna:

- N. 1 incarico itinerante;
- N. 1 incarico Scafa – S. Valentino – Catignano – itinerante.

**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 _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale 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 L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni:
 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 D. L.vo 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) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato 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.

SERVIZIO B.U.R.A. Pubblicità ed Accesso

AVVISO AGLI UTENTI

A seguito della modifica alla L.R. 63/1999 pubblicata sul
Bollettino n° 6 Serie - Straordinaria del 5/10/2007
(art.12 L.R. n° 34 del 1 Ottobre 2007)

si comunica che

**"l'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica,
è libero e gratuito per tutti, ma non riveste carattere di ufficialità e legalità."**

AVVISO AGLI UTENTI

Si comunica che la sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si è trasferita

da

Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila

a

Palazzo Farinosi - Branconi, Piazza San Silvestro - 67100 L'Aquila

si comunica inoltre che non ci sono state variazioni sui numeri telefonici e di fax

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 pregiudicievole 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:
Palazzo Farinosi - Branconi. PIAZZA S. SILVESTRO
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