

Anno XL

REPUBBLICA ITALIANA

N. 28 Speciale
Sanità



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 22 LUGLIO 2009

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

Gli abbonamenti al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo hanno decorrenza dal 1° Gennaio al 31 Dicembre. Il **costo annuale è di € 198,38** 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 363574**.

A seguito delle modifiche alla L.R. 63/1999 (art.12 L.R. n° 34 del 1 Ottobre 2007 - art.1 comma 113 L.R. n° 16 del 21 Novembre 2008), si comunica che **"L'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità"**

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 - Via Leonardo da Vinci - 67100 L'Aquila - c/o Palazzo Silone - Container n. 3

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 €1,47 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute);
- in formato elettronico tramite e-mail 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 363574
- Costo fascicolo o Arretrati, solo se disponibili, fino a 190 pagine: € 1,40 oltre € 0,90 per eventuali spese di spedizione
- Costo fascicolo o Arretrati, solo se disponibili, superiore a 190 pagine: € 2,80 oltre € 1,40 per eventuali spese di spedizione
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - **Via Leonardo da Vinci - 67100 L'Aquila - c/o Palazzo Silone - Container n. 3**
- 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 POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA**

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/10 del 19.06.09 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009. Pag. 4

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/11 del 19.06.09 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Incarichi vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo. Art. 63 dell'Accordo Collettivo Naziona-

le per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009.
..... Pag. 11

- Avviso allegato parte integrante della determinazione del Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica n. DG1/12 del 19.06.09. Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale presso le Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo. Art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009. Pag. 18

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/13 del 03.07.2009 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 15/12/05. I° semestre 2009.Pag. 25

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/10 del 19.06.09 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul *Bollettino Ufficiale della Regione* i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti - per trasferimento o per graduatoria - secondo i fac-simile allegati (A - B). Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UUSLL, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di assistenza primaria".

Le Aziende UU.SS.LL provvederanno alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all' art. 34 dell'ACN per la medicina generale.

L' accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alle Aziende UU.SS.LL. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la Direzione regionale Sanità.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

I medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria in una Azienda della Regione Abruzzo (da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza) e quelli inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione (da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Il medico che accetta l' incarico per trasferimento decade dall' incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

b) per graduatoria:

I medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale - settore di assistenza primaria - valevole per il 2009 (pubblicata nel *BURA* n. 20 Speciale Sanità del 15 maggio 2009). Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione pre-

eliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 67% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 33 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (art. 15, comma 11 dell'AC.N. per la medicina generale).

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 34, comma 8, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

Zone carenti di assistenza primaria

n. zone carenti

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA

Ambito territoriale di Avezzano	1
Ambito territoriale Trasacco - Collelongo - Luco dei Marsi - Villavallelonga	2

AZIENDA USL LANCIANO VASTO

Distretto Sanitario di Base di Atesa con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Atesa	1
--	---

AZIENDA USL DI PESCARA

Ambito territoriale di Montesilvano - Cappelle sul Tavo	2
Ambito territoriale di Cepagatti - Nocciano - Rosciano	1
Ambito di Città S. Angelo - Elice	1

Il presente avviso è consultabile sul Portale della Direzione Sanità (<http://sanitab.regione.abruzzo.it/>) nell'area "Operatori SSN" sezione "Medicina convenzionata".

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dr. Nicola Allegrini**

Seguono allegati

Allegato A)

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

RACCOMANDATA A.R.

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 di settore valida per l'anno 2009, 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 _____

Allegato B)

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

RACCOMANDATA A.R.

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 _____
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. 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 _____

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. 28.12.2000, 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, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/1992 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 Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integr.
 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. 502/1992 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 Legge n. 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 Decreto Legislativo 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 e 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 POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/11 del 19.06.09 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Incarichi vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo. Art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul *Bollettino Ufficiale della Regione* i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo i facsimile allegati (A - B). Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UUSLL, tramite Raccomandata, A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di continuità assistenziale".

Le Aziende UU.SS.LL provvederanno alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 63 dell'ACN per la medicina generale.

L'accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alla Aziende UU.SS.LL. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la Direzione regionale Sanità.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N.

per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende UU.SS.LL., anche diverse, della Regione Abruzzo (da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono) o in Aziende UU.SS.LL. di altre Regioni, anche diverse, (da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono) a condizione che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale - settore di continuità assistenziale - valevole per il 2009 (pubblicata nel *BURA* n. 20 Speciale Sanità del 15 maggio 2009). Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 67% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 33 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi

vacanti solo per trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI	n. incarichi
AZIENDA USL PESCARA	
Circoscrizione di Scafa	1
AZIENDA USL TERAMO	
Sede di Colledara (circoscrizione di Colledara, Castelli, Castel Castagna)	1
Sede di Montorio al Vomano (circoscrizione di Montorio al Vomano, Tossicia)	1
Sede di Silvi (circoscrizione di Pineto, Silvi)	1
Sede di Roseto degli Abruzzi (circoscrizione di Roseto degli Abruzzi, Morro d'Oro)	1
Sede di Teramo (circoscrizione di Teramo)	1
Sede di Tortoreto (circoscrizione di Alba Adriatica, Tortoreto)	1
Sede di Valle Castellana (circoscrizione di Valle Castellana)	1

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dr. Nicola Allegrini**

Il presente avviso è consultabile sul Portale della Direzione Sanità (<http://sanitab.regione.abruzzo.it/>) nell'area "Operatori SSN" sezione "Medicina convenzionata".

Seguono allegati

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

RACCOMANDATA A.R.

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 2009, posizione _____ con 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. _____
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. 16, comma 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 (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 _____

Allegato B)

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

RACCOMANDATA A.R.

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. _____
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. 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 _____

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. 28.12.2000, 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, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/1992 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 Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integr.
 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. 502/1992 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 Legge n. 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 Decreto Legislativo 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 e 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 POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione del Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica n. DG1/12 del 19.06.09. Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale presso le Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo. Art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2009.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul *Bollettino Ufficiale della Regione* i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo i facsimile allegati (A - B). Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UUSLL competenti per territorio in relazione ai turni vacanti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale".

Le Aziende UU.SS.LL provvederanno alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 92 dell'ACN per la medicina generale.

L'accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alla Aziende USL entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la Direzione regionale Sanità.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati ver-

ranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende UU.SS.LL., anche diverse, della Regione Abruzzo o in Aziende UU.SS.LL. di altre Regioni, anche diverse, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno o da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale - settore di emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2009 (pubblicata nel *BURA* n. 20 Speciale Sanità del 15 maggio 2009) con priorità per:

1. medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III, A.C.N. per la medicina generale;
2. medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

3. medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Possono concorrere al conferimento degli

incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza di apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del D.P.R. 280/2000 e dell'art. 96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92, comma 10, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI	n. incarichi
AZIENDA USL PESCARA	
Sede di Popoli - itinerante	1
AZIENDA USL TERAMO	
Sede di Roseto degli Abruzzi (U.O. 118 di Giulianova).	1
Sede di Roseto degli Abruzzi (U.O. 118 di Giulianova) con eventuale completamento orario in altre sedi della U.O. di Giulianova e, quando non disponibile, in altre sedi delle altre U.O. del 118.	1
Sede di Valfino (U.O. di Atri) con eventuale completamento orario in altre sedi della U.O. di Atri e, quando non disponibile, in altre sedi delle altre U.O. del 118.	1

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dr. Nicola Allegrini

Il presente avviso è consultabile sul Portale della Direzione Sanità (<http://sanitab.regione.abruzzo.it>) nell'area "Operatori SSN" sezione "Medicina convenzionata".

Seguono allegati

Allegato A)

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

RACCOMANDATA A.R.

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
2009, 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 _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'Azienda U.S.L. _____ della Regione _____ e di essere in possesso dell'attestato di idoneità previsto dall'art. 92, comma 4, 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 _____

(Allegato B)

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

RACCOMANDATA A.R.

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 _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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 5, 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 U.S.L. _____ branca _____ ore settimanali _____
 Azienda U.S.L. _____ 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 Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al

Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo 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 Decreto Legislativo.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 Legge n. 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) 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 a mezzo posta.

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/13 del 03.07.2009 del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 15/12/05. I° semestre 2009.

Allegato A

Azienda U.S.L. di TERAMO

Ambito territoriale pediatrico di TERAMO-CAMPLI,

N. 1 (una) CARENZA (con obbligo di apertura di ambulatorio nel comune di Campli).

Entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, i Pediatri interessati alla carenza di cui al precedente punto, possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione dell'ambito territoriale vacante - per trasferimento o per graduatoria - secondo i fac-simile allegati (B - C), compilando altresì l'allegato D.

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere inviata esclusivamente alla Azienda USL di Teramo, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di pediatria di libera scelta".

L' Azienda provvederà alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione dell' ambito territoriale vacante secondo le modalità di cui all' art. 34 dell'ACN per la pediatria.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 33 comma 2 dell'A.C.N. di Pediatria, possono concorrere al conferimento dell'incarico sopra specificato, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) I pediatri che risultino già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione Abruzzo e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione, a condizione che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altra attività, a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.
- b) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva di pediatria valida per l'anno 2009, i quali non risultino titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Il pediatra che accetta l'incarico ai sensi dell'art. 34 comma 1 A.C.N. 15/12/05 è cancellato dalla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2009.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera scelta.

Seguono allegati

Marca da bollo (€ 14,62)
RACCOMANDATA A.R.

Allegato B

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per trasferimento)

Art.33, co.2 lett. A) per la disciplina dei rapporti dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa Stato Regioni in data 15.12.2005.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TERAMO
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO

Il sottoscritto Dr..... nato a..... il.....

residente a.....prov.....Via.....n.....

CAP.....tel.....cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.a) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione dell' ambito territoriale carente di assistenza pediatrica pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n..... del2009 di seguito indicato:

Azienda U.S.L. di TERAMO- Numero una carenza nell' ambito territoriale pediatrico di Teramo-Campoli, con obbligo di apertura di ambulatorio nel comune di Campoli.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(*) (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta:(*)
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)
6. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (in caso affermativo specificare il tipo di attività.....)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....



Data

.....

Firma (**)

.....

- (*) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del/i certificato/i di servizio di cui sia in possesso.
- (**) - La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).



Marca da bollo (€ 14,62)
RACCOMANDATA A.R.

Allegato C

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per graduatoria)

Art.33, co.2 lett. A) per la disciplina dei rapporti dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa Stato Regioni in data 15.12.2005.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI TERAMO
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....n.....
CAP.....tel.....cell.....

inserito nella vigente graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2,lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione dell'incarico nell'ambito territoriale carente di assistenza pediatrica pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n..... del..... 2009, di seguito indicato:

Azienda U.S.L. di TERAMO- Numero una carenza nell'ambito territoriale pediatrico di Teramo-Campoli, con obbligo di apertura di ambulatorio nel comune di Campoli.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....;
3. essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere iscritto nella vigente graduatoria regionale definitiva per la pediatria di libera scelta con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
5. di essere residente nel Comune di.....dal.....(giorno/mese/anno) a tutt'oggi;
- precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale



Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (*)

.....

(*) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).



Allegato D

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto Dott. 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, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

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 assistenza primaria ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in vigore dal 23/3/2005, con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di A.S.L.

3) – Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in vigore dal 15/12/2005, scelta 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)

A.S.L. branca ore sett. A.S.L. branca ore sett.

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:

A.S.L. 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 A.S.L. 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. leg.vo n. 369/98:

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 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 sett. 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 sett. 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:

Aziendaore sett.

ViaComune 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 che possono configurare conflitto di interessi 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 scrive: 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: (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 Decreto Legislativo 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"

(La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000).

Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.



AVVISO AGLI ABBONATI

Dal 2009 gli abbonamenti al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo avranno decorrenza dal 1° Gennaio al 31 Dicembre.

A seguito della DELIBERAZIONE 27.11.2008, n. 1140 di GIUNTA REGIONALE :
**Aggiornamento del prezzo di abbonamento annuale al
“Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo” (BURA),
delle tariffe per le inserzioni e del costo del singolo Bollettino Ufficiale**

si rende noto quanto segue:

- canone annuale dell’abbonamento al BURA: €198,38
- bollettino fino a 190 pagine: €1,40 oltre €0,90 per eventuali spese di spedizione
- bollettino superiore a 190 pagine: € 2,80 oltre € 1,40 per eventuali spese di spedizione
- inserzioni nel BURA: € 1,47 a rigo del testo da pubblicare (foglio uso bollo massimo 61 battute a rigo)
- si lascia invariato (€1,81 a rigo) il prezzo delle inserzioni contenenti titoli o altro con caratteri grandi o in grassetto

AVVISO AGLI UTENTI

A seguito delle modifiche alla L.R. 63/1999
(art.12 L.R. n° 34 del 1 Ottobre 2007 - art.1 comma 113 L.R. n° 16 del 21 Novembre 2008),
si comunica che

**" L’accesso al *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, per via informatica,
è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono
carattere di ufficialità e legalità"**

Si comunica che la sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo
si è trasferita, causa sisma del 6 Aprile 2009,
in via Leonardo da Vinci - 67100 L’Aquila - c/o Palazzo Silone - Container n. 3
tel. 0862/363474 – fax 0862/363574

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A.**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Leonardo da Vinci - 67100 L'Aquila
c/o Palazzo Silone - Container 3**

centralino: 0862 3631

Tel. 0862/363474

Fax. 0862 363574

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

e-mail: bura@regione.abruzzo.it