

Anno XLI

REPUBBLICA ITALIANA

N. 38 Speciale
Sanità



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 25 GIUGNO 2010

PALAZZO CENTI



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

Per Abbonamenti e Inserzioni

PRESSO GLI UFFICI POSTALI

sul **c/c postale n. 12101671**
intestato a :
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale
67100 L'Aquila

PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite bonifico alle coordinate
Ufficio Postale n. 03001 - L'Aquila Centro
IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale

NB: L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dal ricevimento - in Redazione - della **copia del versamento da inviare tramite fax al numero 0862/364219**

Inserzioni

MODALITA' di PUBBLICAZIONE

Alla Redazione dell'Ufficio B.U.R.A. via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila deve pervenire:

- 1. lettera di richiesta di pubblicazione** del documento recante intestazione, data, numero di protocollo, l'oggetto dell'atto (specificando se contiene allegati) e firma;
- 2. copia cartacea del documento** da pubblicare in originale o copia conforme;
- 3. gli allegati al documento** (se presenti) sempre in originale e numerati;
- 4. il file del documento** da pubblicare, che deve pervenire all'ufficio BURA su supporto informatizzato (cd o floppy) oppure per email al seguente indirizzo:
bura@regione.abruzzo.it

AVVERTENZE

- Nella lettera di richiesta di pubblicazione del documento è **obbligatorio** specificare il numero degli allegati da pubblicare e la forma di pubblicazione dell'atto stesso: **INTEGRALE** o per **ESTRATTO** (oggetto e dispositivo), indicando le parti da non pubblicare con "*omissis*".
- Se vi sono tabelle, immagini o altro non devono superare le dimensioni di **21 per 17 cm.**
- Il file deve essere necessariamente in **formato word A/4**

INSERZIONI A PAGAMENTO

Gli Enti non regionali o soggetti privati devono allegare alla richiesta scritta di pubblicazione:

- una copia dell'atto o documento da pubblicare con una **Marca da Bollo da 14,62 €** (1 ogni 4 facciate)
- la copia della **ricevuta di versamento** da effettuare sul **c.c.p. n° 12101671** intestato a Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila, dell'importo calcolato con le modalità di seguito riportate.

CALCOLO DEL PREVENTIVO

L'importo da versare per la pubblicazione varia in relazione all'atto da pubblicare ed è calcolato in base a quanto di seguito riportato:

- (foglio uso bollo massimo 61 battute)
- **€ 1,81 a rigo per i titoli e l'oggetto** evidenziati in neretto
- **€ 1,47 a rigo del testo da pubblicare** di ciascuna inserzione.

Il preventivo può essere richiesto all'Ufficio Bura tramite fax al numero **0862/364219** o compilando l'apposito modulo sul sito del BURA:

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

Informazioni

- Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A."
- L'**accesso online** al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità"
- Unico punto vendita: Ufficio BURA -via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila info: 0862/364211 - 4221. Per l'attivazione o il rinnovo dell'Abbonamento annuale tel. 0862/364214

SOMMARIO

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA**

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/20 del 09.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria 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 2010.
..... Pag. 4

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/21 del 09.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria 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 2010..... Pag. 11

- Avviso allegato parte integrante della determinazione del Responsabile del Servizio Sanitaria di Base e Specialistica n. DG1/22 del 10.06.2010. 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 2010.
..... Pag. 18

- Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/23 del 10.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di pediatri di libera scelta della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29 luglio 2009. I° semestre 2010.
..... Pag. 25

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/20 del 09.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria 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 2010.

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 UU.SS.LL., 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 Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute.

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 U.S.L. 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 definitiva regionale per la medicina generale - settore di assistenza primaria - valevole per l'anno 2010 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 32 Speciale Sanità del 09.06.2010. Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferi-

mento - 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 LANCIANO VASTO CHIETI

Distretto Sanitario di Base di San Salvo
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di San Salvo

1

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

1

Distretto Sanitario di Base di Francavilla al mare
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Francavilla al mare

2

Distretto Sanitario di Base di San Giovanni Teatino
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di San Giovanni Teatino

2

Distretto Sanitario di Base di Miglianico
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Miglianico

1

AZIENDA USL PESCARA

Ambito territoriale di Montesilvano - Cappelle sul Tavo

1

Ambito territoriale di Spoltore

2

Ambito territoriale di Pescara

1

Ambito territoriale di Loreto Aprutino - Collecervino

1

AZIENDA USL TERAMO

Distretto Sanitario di Base Giulianova - Roseto
Ambito territoriale Giulianova

1

Distretto Sanitario di Base Giulianova - Roseto
Ambito territoriale Roseto degli Abruzzi - Morro d'Oro - Notaresco

1

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 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 2010, 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 _____

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 _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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 _____

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 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 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 SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/21 del 09.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria 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 2010.

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 UU.SS.LL., 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 Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute.

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 l'anno 2010 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 32 Speciale Sanità del 09.06.2010). 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	
Sede di Montesilvano	1
Sede di Caramanico	1
Sede di Scafa	1
AZIENDA USL TERAMO	
Sede di Fano Adriano (circoscrizione di Fano Adriano, Crognaleto, Pietracamela)	1
Sede di Teramo (circoscrizione di Teramo)	2

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 2010, 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. _____

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. _____

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 SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione del Responsabile del Servizio Sanitaria di Base e Specialistica n. DG1/22 del 10.06.2010. 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 2010.

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) compilando altresì l'allegato C.

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

La domanda deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UUSSLL 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 2010 ((pubblicata sul B.U.R.A. n. 32 Speciale Sanità del 09.06.2010) 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 LANCIANO VASTO CHIETI	
U.O. Atessa	1
AZIENDA USL PESCARA	
sede Catignano	1
sede itinerante	1
AZIENDA USL TERAMO	
sede Roseto degli Abruzzi con completamento orario presso la sede di Giulianova ed in tutte le altre sedi del sistema 118	1
sede itinerante (Giulianova, Roseto degli Abruzzi, Sant'Omero, Tortoreto) con completamento orario presso tutte le altre sedi del sistema 118	1
sede Tortoreto con completamento orario presso la sede di Sant'Omero ed in tutte le altre sedi del sistema 118	1
sede Bisenti con eventuale completamento orario presso le sedi di Silvi e Atri ed in tutte le altre sedi del sistema 118	1
sede Isola del Gran Sasso con eventuale completamento orario presso tutte le altre sedi del sistema 118	1
sede Isola del Gran Sasso con eventuale completamento presso la sede di Teramo ed in tutte le altre sedi del sistema 118	1

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
2010, laureato dal _____ con voto _____

FA D O M A N D A

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 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 _____

Allegato C)

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 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 a mezzo posta.

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA

Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/23 del 10.06.2010 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica. Ambiti territoriali carenti di pediatri di libera scelta della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29 luglio 2009. I° semestre 2010.

Entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, i Pediatri interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo i fac-simile allegati (A - B), compilando altresì l'allegato C.

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

La domanda deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UU.SS.LL., tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di pediatri".

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 pediatria.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento

I pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Abruzzo (da almeno tre anni) e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione (da almeno cinque anni) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività, a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per attività di continuità assistenziale.

L'art. 33, comma 7, del vigente A.C.N. prevede che l'anzianità di iscrizione negli elenchi per l'assegnazione per trasferimento sia determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta, detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico.

b) per graduatoria

I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2010 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 51 Speciale Sanità del 02.12.2009).

Il pediatra che accetta l'incarico ai sensi dell'art. 33, comma 8, A.C.N. è cancellato dalla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2010.

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.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI
Zone carenti di pediatria di libera scelta

AZIENDA USL 1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA
ambito territoriale di Avezzano

n. zone carenti

1

AZIENDA USL TERAMO

Distretto Sanitario di Base Giulianova - Roseto
Ambito territoriale Giulianova

1

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 ALL' ASSEGNAZIONE
DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(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. _____, cell. _____,
inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 2010,
laureato dal _____, con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, come di seguito indicato:

ASL _____ Ambito _____

ASL _____ Ambito _____

ASL _____ Ambito _____

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 iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2010 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria(31.01.2010) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;

2. 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. _____

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 B)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(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. _____, 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 29 luglio 2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. n. _____ del _____, come di seguito indicato:

ASL _____ Ambito _____

ASL _____ Ambito _____

ASL _____ Ambito _____

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 445/00:

DICHIARA

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____;
2. 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 _____
(decretati i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)

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 C

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott..... nato a il
residente in Via/Piazza n. iscritto
all'Albo dei della Provincia di ai sensi e agli effetti dell'art. 4,
legge 4 gennaio 1968, n. 15

DICHIARA FORMALMENTE DI

- 1) essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come 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 29.07.2009, con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di A.S.L.

Periodo: dal

- 3) 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.

- 4) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia brancaPeriodo: dal

- 5) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione o in altra regione (2):

Regione A.S.L. ore sett.

In forma attiva – in forma di disponibilità (1)

- 6) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo ore sett. Via Comune
di Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

- 7) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo ore sett. Via
Comune di Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

- 8) svolgere /non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93

Azienda ore sett. Via.....
Comune di Periodo: dal

- 9) 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
.....

- 10) 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

- 11) 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

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

Soggetto pubblico Via Comune
di Tipo di attività Tipo di
rapporto di lavoro Periodo: dal

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

.....

Periodo: dal

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

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Affari della Giunta**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**