



BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 17 DICEMBRE 2010

PALAZZO CENTI



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

AVVISO AGLI ABBONATI

Si avvisano i signori abbonati che in applicazione della **Legge Regionale n° 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale dall'1.1.2011 verrà redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati. Tuttavia, per tutto il primo semestre 2011, l'invio del Bollettino Ufficiale in versione cartacea sarà assicurato a coloro che ne faranno richiesta per particolari esigenze.

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. DG1/49 del 06.12.2010 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. II° semestre 2010.

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E SPECIALISTICA

(Avviso allegato parte integrante della determinazione n. DG1/49 del 06.12.2010 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. II° 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 USL1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Ambito Trasacco - Luco dei Marsi - Collelongo - Villavallelonga.

2

AZIENDA USL PESCARA

Ambito territoriale Cepagatti - Nocciano - Rosciano

1

Ambito territoriale Loreto Aprutino - Collecorvino

1

IL DIRIGENTE

Dott. 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 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

FA DOMANDA

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

Ambito _____	Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda NON potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
_____ indirizzo _____ n. _____

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

Data _____ firma per esteso _____

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 _____

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.

AVVISO AGLI ABBONATI

Campagna di abbonamento al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo per l'anno 2010

L'abbonamento decorre dal 1 Gennaio al 31 Dicembre

L'abbonamento al **Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo** può essere rinnovato fino al 31 Dicembre 2009, il canone annuale è di €198,38.

Tuttavia, nel corso dell'anno è possibile attivare nuovi abbonamenti, pagando la rimanente frazione di anno (1 mese, 2 mesi, ecc.) fino al 31 dicembre, calcolata sull'importo annuale di €198,38:12 = €16,54 mensile.

Il canone annuale di abbonamento al bollettino per l'anno 2010 è di €198,38 da versare sul c.c. postale n. 12101671 intestato a : Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila o con bonifico bancario alle coordinate : Ufficio Postale n. 03001 – L'Aquila Centro IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671 - Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale.

Gli abbonati per l'anno 2010 riceveranno in omaggio la raccolta su DVD dei BURA pubblicati nell'anno 2009.

Gli abbonati che invece non intendono rinnovare il canone di abbonamento al BURA sono invitati a darne comunicazione all'ufficio del BURA a mezzo tel. 0862 36 4211/4221 o per e-mail bura@regione.abruzzo.it

N.B. Il BURA della Serie "Supplemento" non è compreso nell'abbonamento, in esso sono pubblicati gli atti che riguardano solo il personale regionale.

“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”.

Prezzo di vendita del singolo bollettino

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

AVVISO AGLI UTENTI

La sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è in
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile - 67100 L'Aquila
Tel. 0862 36 4211/4221 – fax 0862 36 4219

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**