



# BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

## Speciale Sanità n. 77 del 7 Dicembre 2011

### Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA**  
**L'AQUILA**  
**Via Salaria Antica est n° 27**  
**- edificio B2 -**  
**Località S. Antonio - Pile**

URP/Bura: Tel. **0862/364211- 364221**- Fax. **0862/364219**  
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
Servizi online: Tel. **0862/364702 - 364223 - 364222**

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

### Avviso per gli abbonati

In applicazione della **L.R. n. 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo **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.**

Per tutto il primo semestre 2011, l'invio del Bollettino Ufficiale in versione cartacea sarà assicurato solo alle principali istituzioni.

**Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì**

## Articolazione del BURAT

Il BURAT serie “**ORDINARIO**” si articola in due parti:

### PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

### PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie “**SPECIALE**”.
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie “**SUPPLEMENTO**”.
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

### NOTA:

**Le determinazioni direttoriali e dirigenziali** per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

# Sommario

## Parte I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

### DETERMINAZIONI

#### *Dirigenziali*

- DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
*SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA*

DETERMINAZIONE 30.11.2011, n. DG1/41:

**Approvazione definitiva della graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta valevole per l'anno 2012. Art. 15 A.C.N. Del 19.07.2009.....Pag. 4**

## Parte II

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

- DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
*SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA*

- Avviso, Allegato 1), parte integrante della determinazione n. DG1/40 del 24.11.2011 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 2011.....Pag. 7

- Avviso allegato parte integrante della determinazione del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica n. DG1/41 del 01.12.2011. 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. II semestre 2011.....Pag. 14

## PARTE I

**LEGGI, REGOLAMENTI, ATTI  
DELLA REGIONE E DELLO STATO****DETERMINAZIONI***Dirigenziali*

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
E SPECIALISTICA

DETERMINAZIONE 30.11.2011, n. DG1/41:

**Approvazione definitiva della graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta valevole per l'anno 2012. Art. 15 A.C.N. Del 19.07.2009.**

## IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Premesso che l'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta sancito con Intesa Stato-Regioni del 29/07/2009 stabilisce che i pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dall'Accordo stesso sono tratti da graduatorie uniche per titoli predisposte annualmente a livello regionale;

Considerato che la graduatoria è stata redatta secondo i criteri stabiliti dall'art. 16 del suddetto Accordo, previa istruttoria di n. 75 domande presentate dai medici specialisti pediatri;

Vista la graduatoria provvisoria, pubblicata sul *B.U.R.A. Speciale Sanità* n. 59 del 30.09.2011;

Viste le istanze di riesame e l'esito delle verifiche effettuate;

Ritenuto di dover apportare le conseguenti variazioni alla graduatoria a provvedere all'approvazione in via definitiva della stessa,

Considerato che la su citata graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2012 deve essere pubblicata nel *Bollettino Ufficiale della*

*Regione Abruzzo*, in applicazione dell'art. 15, comma 8, del richiamato A.C.N. 29.07.2009, entro il 31 dicembre 2011, ed ha validità di un anno a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo;

Ritenuto di dover approvare la graduatoria definitiva regionale valevole per l'anno 2012 dei Medici Specialisti Pediatri di libera scelta, redatta ai sensi dell'art. 16 del vigente A.C.N. di cui all'allegato A) composto di n. 2 pagine, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

Vista la Legge Regionale 14.09.99, n. 77, art. 5, comma 2, lettera a, che prevede che i Dirigenti dei Servizi adottino atti e provvedimenti amministrativi compresi quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno;

## DETERMINA

per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono qui di seguito riportate:

1. di approvare, ai sensi dell'A.C.N. del 29.07.2009 la graduatoria unica regionale definitiva dei medici specialisti pediatri di libera scelta, valevole per l'anno 2012, così come risulta dall'allegato elenco (All. A) composto di n. 2 (due) pagine, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 15, comma 8, del richiamato Accordo Collettivo Nazionale;
3. di inviare la suddetta graduatoria definitiva alle AA.SS.LL. ed agli Ordini Provinciali dei Medici della Regione.

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

*Segue Allegato*

### Graduatoria regionale definitiva medici pediatri di libera scelta valevole per l'anno 2012

N.	COGNOME E NOME	INDIRIZZO E RESIDENZA		PUNTEGGIO
1	ANDOLFI MARINA	Via Giovanni XXIII, 14	67051 AVEZZANO ( AQ)	110,10
2	LUPO STEFANIA	Via Firenze, 3	65121 PESCARA	78,45
3	CARATELLA MARIANNA	Via T. Bruni, 52	66023 FRANCAVILLA AL MARE (CH)	66,75
4	CAPOZZI GIUSEPPINA	Via Delfico Melchiorre, 15	64020 TERAMO	61,60
5	ANGELOZZI BARTOLOMEO	Via Gorgone, 3	65125 PESCARA	58,00
6	PAVONE LOREDANA	C.so Umberto, 473/1	65015 MONTESILVANO (PE)	57,10
7	ROJO SILVANA	Via Conicella, 19	66054 VASTO (CH)	56,20
8	PETRUCCI ALTEA	Via Mazzini, 63	65122 PESCARA	53,80
9	CELENTANI GIAN LUIGI	Via Maria Chiaiolella, 58	80079 PROCIDA (NA)	48,10
10	DOLENTE FILOMENA	Via De Vincentiis, snc	64026 ROSETO DEGLI ABRUZZI (TE)	43,30
11	SENESE GIULIANA	Via Dante Alighieri, 27	86034 GUGLIONESI (CB)	38,90
12	MADONNA GRAZIA CARMELA	Via Osento, 20	66034 LANCIANO (CH)	37,90
13	MASSARI GINA	C.da Cerreto, 358	66010 MIGLIANICO (CH)	35,50
14	MARCANTONIO ROSSELLA	Via Benedetto Croce,4	67039 SULMONA (AQ)	32,80
15	SIMONGINI DONATELLA	Via Caccianini Maturanzi, 31	64025 PINETO (TE)	31,90
16	MARIANI MICHELINA	Via S. Rocco Sup, 34	67050 COLLELONGO (AQ)	31,85
17	IANIERI GLADIS	Via Capestrano, 18	66013 CHIETI	31,50
18	MUCI STEFANIA	Via E. Sscarfoglio, 7/A	67100 L'AQUILA	30,90
19	DI GIACINTO TECLA	Via G.Galilei, 132	64020 S.NICOLO' A TORDINO (TE)	28,90
20	PORCELLI CARMELA	Via Piano S. Rocco, 21	71042 CERIGNOLA (FG)	28,10
21	CINQUE MASSIMO	Via Campo Di Fossa, 6/B	67100 L'AQUILA	27,40
22	DE SANTIS LORETA	Via Dietro Corte, 34	65022 BUSSI SUL TIRINO (PE)	24,45
23	SIMONETTI DEBORA MARIA LUISA	P.zza Della Vittoria, 14	86100 CAMPOPBASSO	23,90
24	FABIANO CECILIA	V.le Delle Fiamme Gialle, snc	67100 L'AQUILA	23,20
25	GIANCATERINO OLGA	Via Porta Fornace, 3	65017 PENNE (PE)	22,95
26	CEGLIE LUCIO	Via Lago Di Garda,19	65015 MONTESILVANO (PE)	22,80
27	GRECO RITA	Via E. Ravasco, 6	65123 PESCARA	22,65
28	IURESCIA GERMANA	Via A. Di Camillo, 5	66050 MONTEODORISIO (CH)	21,30
29	MACCALLINI FRANCESCO	Via Orazio Mattei, 7	67051 AVEZZANO (AQ)	20,00
30	LEPORE ERSILIA	Via S. Chiara, 3	86035 LARINO (CB)	19,95
31	PACCHIONE DARIO	Via Arrigo Rossi, 70	64029 SILVI MARINA (TE)	19,80
32	PACIOCCO DONATELLA	Via Francesco Verrotti,60	65126 PESCARA	19,60
33	BRANCIAROLI ATTILIO	Via Cerulli, 1/A	64021 GIULIANOVA (TE)	19,25
34	DEL DUCA MARIA PIA CARMELA	Via Luca Della Robbia, 20	66050 SAN SALVO (CH)	17,65
35	D'ANGELO CLELIA ANGELA	Via Ettore Ianni, 3	66041 ATESSA (CH)	17,50
36	D'ALONZO LIDIO	Via Ettore Ianni, 1	66054 VASTO (CH)	17,50
37	INFRICCIOLI GIOVANNA	Via Del Tiziano, 22	63047 S.BENEDETTO DEL TRONTO (AP)	16,65
38	CASANI ANNA	Via Giuseppe Ungaretti, 45	86100 CAPOBASSO	13,05
39	SABATINI LAURA	Via Cura, 18	48121 RAVENNA	12,80
40	DI MICHELE SILVIA	Vico Verzella, 7	65013 CITTA' S. ANGELO (PE)	12,55
41	PACE FILOMENA	V.le Mazzini, 34	64100 TERAMO	12,50
42	ROSSI NADIA	Via Eugenio Bruno, 60	66100 CHIETI	11,85
43	DE ANGELIS FIORELLA	Via Camillo Golgi, 25	63039 S.BENEDETTO DEL TRONTO (AP)	11,35
44	FUSILLI PAOLA	Via Lago di Garda,19	65015 MONTESILVANO (PE)	10,70
45	ROSATO TERESA MARIA	Via Parini, 9	65122 PESCARA	9,65
46	ARCANO SUSANNA	Via Augusto Pareri,15	00133 ROMA	9,55
47	SISTO ANTONIO	Via Rulla Petrilli, 28	66026 ORTONA (CH)	9,50
48	DE MICHELE GIUSEPPINA	Via Tevere, 33	65019 PIANELLA (PE)	9,40
49	TORINO MILENA	Via S. Caterina, 67	80121 NAPOLI	9,20
50	PUGLIELLI CRISTINA	Via Aventino, 5	66023 FRANCAVILLA AL MARE (CH)	8,45
51	NICODEMO ANGIOLINA	Via Tamigi, 21/1	65015 MONTESILVANO (PE)	8,05
52	CAPANNA RITA	Via P. Riccitelli, 12	66100 CHIETI	8,00
53	PICCIRILLO ALESSANDRO	Via Catena, 18	81025 MARCIANISE (CE)	7,90
54	LOZZI SIMONA	VIA G. Pascoli, 13	67100 L'AQUILA	7,15
55	MUCEDOLA TERESA	Via Governolo, 36	71016 SAN SEVERO (FG)	7,00
56	TROTTA DANIELA	Via Gandhi, 3	65015 MONTESILVANO (PE)	6,70
57	POMILIO MARIAPINA	Via Villa Andreoli, 291/A	66034 LANCIANO (CH)	6,70
58	SCAFATO DANIELA	P.zza Aubry, 27	80054 GRAGNANO (NA)	6,60
59	TOCCO ANNA MARIA	Via Crisologo, 7	65125 PESCARA	6,40
60	SAVINO ALESSANDRA	Via F. Pietrocola, 1	66100 CHIETI	6,40
61	MASCIARELLI GRAZIELLA MARIA	Via Giovanni Di Paolo, 34	66010 S. MARTINO S.MARRUCCINA (CH)	6,10
62	CICCONI ELENA	Via Martiri Delle Foibe, 18	64100 TERAMO	6,00
63	URSINI GIACOMINA ROBERTA	Via Indipendenza, 8	63039 S.BENEDETTO DEL TRONTO (AP)	5,90
64	MARANELLA EUGENIA	Via Azzurra, 26	40138 BOLOGNA	5,75
65	TABACCO FABRIZIA	Via Attaliana, 41	00168 ROMA	5,50
66	DE COLLI ROSA	Via G. De Vincenzi, 8	64024 NOTARESCO (TE)	5,50
67	DI MARZIO DANIELE	Via G. Chiarini, 89	65126 PESCARA	5,30
68	DI GIANNATALE ANGELA	Via Puglie, 82 bis	64026 ROSETO DEGLI ABRUZZI (TE)	5,25
69	PASTORE FAUSTINA FLORIANA	Via Toscanini, 22	70126 BARI	4,90
70	SPAGNUOLO CYNZIA	Via Papa Giovanni XXIII, 29	66100 CHIETI	4,60

71	SARDARO RUGGIERO	Via Della Repubblica, 104	76121 BARLETTA (BT)	4,60
72	DE SANCTIS SARA	Via Gran Sasso, 22/A	65024 MANOPPELLO SCALO (PE)	4,60
73	MALVASI MARILENA	Via Calvino, 2	70010 CAPURSO (BA)	4,30
74	SALOMONE RITA	Via dei Peligni, 41	66100 CHIETI	4,00
75	PALAZZO ANTONELLA	Via Montenerodomo, 15	66100 CHIETI	4,00

## PARTE II

## AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
E SPECIALISTICA

**Avviso, Allegato 1), parte integrante della determinazione n. DG1/40 del 24.11.2011 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 2011.**

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), compilando altresì l'allegato C.

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

La domanda, in bollo (€14,62), 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 2011 (pubblicata sul *B.U.R.A.* n. 28 Speciale Sanità del 29.04.2011). Per l'assegnazione delle zone carenti - 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 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'A.C.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**

n. zone carenti

Zone carenti di assistenza primaria

#### **AZIENDA USL1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA**

Ambito territoriale di Avezzano 1

Ambito territoriale di Sulmona – Introdacqua – Pettorano sul Gizio – Pacentro Bugnara – Campo di Giove – Cansano – Rocca Pia 1

#### **AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI**

Ambito territoriale Comuni di Vasto - Monteodorisio con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto 1

Ambito territoriale Comuni di Orsogna – Ari – Arielli – Filetto – Poggiofiorito con obbligo di apertura n. 1 studio medico nel Comune di Arielli e n. 1 studio medico nel Comune di Orsogna 2

Ambito territoriale Comune di Francavilla al Mare 1

Ambito territoriale Comuni di S. Giovanni Teatino – Torrevecchia Teatina con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di S. Giovanni Teatino 1

#### **AZIENDA USL PESCARA**

Ambito di Pescara 2

Ambito di Spoltore 1

Ambito di Pianella – Moscufo 1

Ambito di Brittolli – Carpineto – Catignano – Civitaquana – Vicoli – Villa Celiera Civitella Casanova 1

Ambito di Popoli – Bussi sul Tirino – Tocco da Casauria 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".

*Segue Allegato*



Allegato A)

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

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

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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 23.03.2005 e s.m.i., 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 \_\_\_\_\_

Allegato B)

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

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

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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 2011 con punti \_\_\_\_\_, 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 23.03.2005 e s.m.i., 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 _____

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 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. 28.12.2000, 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 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica n. DG1/41 del 01.12.2011. 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. II semestre 2011.**

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 UU.SS.LL. 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 A.S.L. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la 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 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 2011 (pubblicata sul *B.U.R.A.* n. 28 Speciale Sanità del 29.04.2011) con priorità per:

1. medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa A.S.L. 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 dall'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
ASL1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	
Area Marsica	2
Area Altosangrina	3
con prevalenza di sede Pescasseroli	
ASL2 LANCIANO VASTO CHIETI	
2 turni itineranti di 38h settimanali	2

**IL DIRIGENTE**  
**Dott. Nicola Allegrini**

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

*Segue Allegato*

Allegato A)

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

Marca da bollo € 14,62  
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 \_\_\_\_\_

**F A 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 _____
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.

Chiedo 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 )**

Marca da bollo € 14,62  
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.



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](mailto:bura@regione.abruzzo.it)**