



# BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

**Speciale n. 6 del Giugno 2013**

**Sanità**

## Vendita e Informazioni

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

Bura: Tel. 0862/364221- 364211  
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 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

**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 II

**Avvisi, Concorsi, Inserzioni**

**GIUNTA REGIONALE**

**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

**SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA**

AVVISO PARTE INTEGRANTE DELLA DETERMINAZIONE 06.06.2013, N. DG1/14

**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 rilevati al 1° marzo 2013..... 4**

AVVISO PARTE INTEGRANTE DELLA DETERMINAZIONE 06.06.2013, N. DG1/15

**Ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta individuato alla data del 1° marzo 2013 dalla ASL2 Lanciano Vasto Chieti. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta. ....12**

## PARTE II

## Avvisi, Concorsi, Inserzioni

## GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E  
SPECIALISTICA

AVVISO PARTE INTEGRANTE DELLA  
DETERMINAZIONE 06.06.2013, N. DG1/14

**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 rilevati al 1° marzo 2013.**

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 frazionari 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 2013 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 12 Speciale Sanità del 25.01.2013). 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.

<b>AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI</b>	
Zone carenti di assistenza primaria	n. zone carenti
<b>AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA</b>	
Ambito territoriale di L'Aquila	3
Ambito territoriale di Barisciano	1
Ambito territoriale di Tornimparte	1
Ambito territoriale di Avezzano	2
Ambito territoriale di Pratola Peligna	1
Ambito territoriale di Montereale con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Campotosto (AQ)	1
<b>AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI</b>	
Ambito territoriale di Chieti	1
Ambito territoriale di Atesa – Archi – Paglieta – Perano - Tornareccio con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Archi	1
Ambito territoriale di Ortona	1
Ambito territoriale di Casoli – Altino – Palombaro – S.Eusanio del Sangro con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Casoli	1
Ambito territoriale di Fossacesia – Mozzagrogna – S.Maria Imbaro con obbligo di apertura studio medico nel Comune di S.Maria Imbaro	1
Ambito territoriale di Lanciano – Castelfrentano con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Lanciano	2
Ambito territoriale di S. Vito Chietino – Frisa – Rocca S. Giovanni – Treglio con obbligo di apertura studio medico nel Comune di S. Vito Chietino	1
<b>AZIENDA USL PESCARA</b>	
Ambito territoriale di Montesilvano – Cappelle sul Tavo	2
Ambito territoriale di Torre de Passeri – Castiglione a Casauria – Bolognano Pietranico – Pescosansonesco – Corvara	1
<b>AZIENDA USL TERAMO</b>	
<b>DSB di Teramo</b>	
Ambito territoriale : Basciano – Campli – Canzano – Cortino - Penna S.Andrea Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana	5
<b>DSB Montorio al Vomano</b>	
Ambito territoriale : Castel Castagna – Castelli – Colledara Isola del Gran Sasso – Tossicia	1
<b>DSB Val Vibrata</b>	
Ambito territoriale: Ancarano – Civitella del Tronto – S.Egidio alla Vibrata	1
Ambito territoriale: Controguerra – Corropoli – Nereto – S.Omero – Torano Nuovo	2
Ambito territoriale: Alba Adriatica – Tortoreto	4

Ambito territoriale: Colonnella – Martinsicuro	3
<b>DSB Roseto-Giulianova</b>	
Ambito territoriale: Giulianova	3
Ambito territoriale: Bellante – Mosciano S. Angelo	3
Ambito territoriale: Morro d'Oro – Notaresco – Roseto degli Abruzzi	2
<b>DSB Atri</b>	
Ambito territoriale: Cellino Attanasio – Cermignano	1
Ambito territoriale: Pineto – Silvi	3

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA  
**Dott. Nicola Allegrini**

Il presente avviso è consultabile su  
[www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it) – Sanità e Sociale –  
tutti gli **AVVISI**.

*Seguono allegati*

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. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria.

**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:

ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
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, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

**DICHIARA**

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (detratti periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
- di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;

Allega atto sostitutivo di notorietà (allegato C).

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

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

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  
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. \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria di settore valida per l'anno 2013 (B.U.R.A. n. 12 Speciale Sanità del 25.01.2013)

**FA DOMANDA**

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:

ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASL \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
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, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto nella graduatoria – settore assistenza primaria – valevole per l'anno 2013 con punti \_\_\_\_\_ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2012) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
5. precedenti residenze:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_;
6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Chiede, ai sensi dell'art. 16, commi 7 e 8, dell'A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.  
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Allega atto sostitutivo di notorietà (allegato C).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

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)

**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, n. 445, Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**GIUNTA REGIONALE**

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E  
SPECIALISTICA

AVVISO PARTE INTEGRANTE DELLA  
DETERMINAZIONE 06.06.2013, N. DG1/15

**Ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta individuato alla data del 1° marzo 2013 dalla ASL2 Lanciano Vasto Chieti. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.**

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 facsimile 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 alla ASL2 Lanciano Vasto Chieti, tramite raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alla zona carente di pediatria".

L' Azienda U.S.L. provvederà alla predisposizione della graduatoria, 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 (Allegato A)**

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 (Allegato B)**

I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2013 (pubblicata nel B.U.R.A. n. 90 Speciale Sanità del 12 dicembre 2012).

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

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.

<b>AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI</b>	
Zone carenti di pediatria di libera scelta	n. zone carenti
<b>ASL2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	
ambito territoriale Comune di Lanciano	1

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO ASSISTENZA  
SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA  
**Dott. Nicola Allegrini**

Il presente avviso è consultabile sul sito della Regione Abruzzo

(<http://www.regione.abruzzo.it/portale/index.asp>) - Sanità e Sociale - AVVISI e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>).

*Seguono allegati*

Allegato A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA**

(per trasferimento)

Marca da bollo € 14,62

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti  
Via Martiri Lancianesi, 19  
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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) e a1), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 integrato con l'A.C.N. del 29 luglio 2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

**ASL2 Lanciano Vasto Chieti - ambito territoriale Comune di Lanciano.**

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

**DICHIARA**

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (G/M/A);
- di essere stato precedentemente titolare di incarico di pediatra di libera scelta:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

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

Marca da bollo € 14,62

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti  
Via Martiri Lancianesi, 19  
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, cell.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valida per  
l'anno 2013, (B.U.R.A. n. 90 Speciale Sanità del 12 dicembre 2012) laureato dal \_\_\_\_\_, con  
voto \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 integrato con l'A.C.N. del 29 luglio 2009 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:

**ASL2 Lanciano Vasto Chieti - ambito territoriale Comune di Lanciano.**

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**

- di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2013 con punti \_\_\_\_\_ e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2012) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ (g/m/a) a tutt'oggi;  
- precedenti residenze:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

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. 47 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 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 ..... branca .....Periodo: 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 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81  
 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, PROGRAMMAZIONE,  
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA  
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,  
Legislativo e Bura  
UFFICIO BURA**

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:  
Via Salaria Antica Est 27 - Località S. Antonio - Pile  
67100 L'Aquila**

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

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
Pec: [bura@pec.regione.abruzzo.it](mailto:bura@pec.regione.abruzzo.it)**