

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/51 del 03.12.2014.

Ambiti territoriali carenti di medici pediatri individuati alla data del 1° settembre 2014 dalle Aziende USL della Regione Abruzzo. Art. 33 del vigente 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 fac-simile allegati (A - B), compilando altresì l'allegato C.

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

La domanda, **in bollo (€ 16,00)**, deve essere inviata esclusivamente alla Aziende USL, tramite raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alla zona carente di pediatria".

Le Aziende U.S.L. provvederanno alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all'art. 34 del vigente 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 2014 (pubblicata nel B.U.R.A. n. 121 Speciale Sanità del 13 dicembre 2013).

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.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

Zone carenti di pediatria di libera scelta

n. zone carenti

ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Ambito territoriale Tagliacozzo – Carsoli – Civitella Roveto
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Tagliacozzo

1

ASL LANCIANO VASTO CHIETI

DSB Alto Vastese
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Gissi

1

ASL TERAMO

DSB Val Vibrata

Ambito territoriale: Alba Adriatica - Ancarano – Civitella del Tronto – Colonnella
Controguerra – Corropoli - Martinsicuro - Nereto – Sant' Egidio alla Vibrata
S.Omero – Torano Nuovo – Tortoreto
con obbligo di apertura nel Comune di Sant'Omero

1

**II 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 sito del B.U.R.A.
(<http://bura.regione.abruzzo.it/>)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per trasferimento)**

Marca da bollo € 16,00

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. _____

Cap. _____ CITTÀ _____

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:

ASL _____

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

1. 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);
2. 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).

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

Marca da bollo € 16,00

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. _____

Cap _____ CITTÀ _____

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 2014, (B.U.R.A. n. 121 Speciale Sanità del 13 dicembre 2013) 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:

ASL _____ ambito territoriale _____

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).

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.