

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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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.