

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/24 del 11 luglio 2013.

Incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° marzo 2014 nell'ambito della ASL Pescara. Art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

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, **in bollo**, deve essere inviata esclusivamente alla A.S.L. di Pescara, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di continuità assistenziale".

L'Azienda U.S.L di Pescara provvederà alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 63 dell'ACN per la medicina generale.

L'accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alla 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 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 la continuità assistenziale nelle Aziende UU.SS.LL., anche diverse, della Regione Abruzzo (da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono) o in Aziende UU.SS.LL. di altre Regioni, anche diverse, (da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono) a condizione che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità inferiore. 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 continuità assistenziale - valevole per l'anno 2014 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 69 Speciale Sanità del 06.06.2014). Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - 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 incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 63, comma 15, 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. incarichi

ASL PESCARA

Pescara	3
Montesilvano	2
Spoltore	1
Torre	1
San Valentino	3
Caramanico	2
Penne	1

**Il Dirigente del Servizio
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica
Dott. Nicola Allegrini**



Il presente avviso è consultabile sulla home page del Portale regionale tra gli AVVISI
<http://www.regione.abruzzo.it/portale/index.asp> .

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(per trasferimento)

Marca da bollo € 16,00
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
ASL Pescara
Via Renato Paolini 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare

di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi :

Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	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 continuità assistenziale 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 nella continuità assistenziale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(per graduatoria)

Marca da bollo € 16,00

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
A.S.L. Pescara
Via Renato Paolini 47
65124 Pescara

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 2014 con punti _____ (B.U.R.A. n. 69 Speciale del 06.06.2014)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	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 iscritto nella graduatoria – settore continuità assistenziale – valvole per l'anno 2014;
- di essere residente nel Comune di _____ dal _____ a tutt'oggi;
- precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
- 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 dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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).

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 D. Lgs. 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.