



# BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

**Speciale n. 88 del 30 Luglio 2014**

**Sanità**

### Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA**  
**L'AQUILA**  
**Via Leonardo Da Vinci n° 6**

Bura: Tel. **0862/363264 - 363206**  
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
**Servizi online: Tel. 0862/363264 - 363217 - 363206**

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, Cncorsi, Inserzioni

**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

**SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA**

**Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/24 dell'11.07.2014 ..... 4**

**Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/25 del 14.07.2014.....11**

## PARTE II

**Avvisi, Concorsi, Inserzioni**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA**Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/24 dell'11.07.2014**

Allegato 1)

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.

<b>AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI</b>	<b>n. incarichi</b>
<b>ASL PESCARA</b>	
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>.

Allegato A)

**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).

Allegato B)

**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**

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 continuità assistenziale – valvole per l'anno 2014;
4. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi;
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 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).

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 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.

**Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/25 del 14.07.2014**

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/25 del 14 luglio 2014.

**Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2014 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.**

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**, deve essere inviata esclusivamente alle A.S.L., 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 2014 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 69 Speciale Sanità del 06.06.2014). 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**

Zone carenti di assistenza primaria

n. zone carenti

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

Distretto Sanitario di Vasto  
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Vasto 1

Distretto Sanitario di Francavilla al Mare  
con obbligo di apertura di n. 2 studi medici principali nel Comune di San Giovanni Teatino  
e n. 1 studio medico principale nel Comune di Torrevecchia Teatina 3

Distretto Sanitario di Ortona  
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Poggiofiorito 1

#### **AZIENDA USL PESCARA**

Ambito territoriale di Montesilvano – Cappelle sul Tavo 1

Ambito territoriale di Popoli – Bussi sul Tirino – Tocco da Casauria – Torre de Passeri  
Castiglione a Casauria – Bolognano - Pietranico – Pescosansonesco – Corvara 1

#### **AZIENDA USL TERAMO**

**DSB di Teramo** 2  
Ambito territoriale : Basciano – Campli – Canzano – Castellalto – Cortino  
Penna S. Andrea - Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana

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

Il presente avviso è consultabile sulla home page del portale regionale: [www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it) – tutti gli  
**AVVISI.**



Allegato A)

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

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

Al Direttore Generale ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 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);
4. 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 € 16,00  
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 (B.U.R.A. n. 69 Speciale  
06.06.14)

**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 \_\_\_\_\_

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 2014 con punti \_\_\_\_\_ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2013) 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.

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 Leonardo Da Vinci n. 6  
67100 L'Aquila

centralino: 0862 3631  
Tel. 0862 363264/3206

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)