



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 119 del 06 Novembre 2015

SANITA'

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
L'AQUILA e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Via Leonardo Da Vinci n° 6 **Servizi online Tel. 0862/363217 -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 I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DETERMINAZIONI

DIRIGENZIALI

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Servizio Assistenza Distrettuale Territoriale Medicina Convenzionata e Penitenziaria.....4

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/16

ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato/Regioni Rep. n. 93/CSR del 29 luglio 2009. Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati dalle Aziende USL alla data del 1° settembre 2015.4

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/17

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di libera scelta 15 dicembre 2005 e s.m.i. pubblicazione ambiti territoriali carenti di medici pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati al 1° settembre 2015.....14

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/18

ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato/Regioni Rep. n. 93/CSR del 29.07.2009. Pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalla ASL Avezzano Sulmona L'Aquila alla data del 1° settembre 2015.21

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DETERMINAZIONI

DIRIGENZIALI

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE
TERRITORIALE MEDICINA CONVENZIONATA E
PENITENZIARIA*

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/16
ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato/Regioni Rep. n. 93/CSR del 29 luglio 2009. Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati dalle Aziende USL alla data del 1° settembre 2015.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO l'art. 34, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29.07.2009, il quale prevede che la Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria individuati a seguito di formale determinazione delle Aziende previa comunicazione al Comitato aziendale;

RICHIAMATA, per la materia in oggetto, la disciplina recata dall'Accordo integrativo regionale, reso esecutivo con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 916 del 9 agosto 2006;

PRESO ATTO che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15, comma 1, dell'A.C.N. il citato Accordo integrativo regionale ha individuato, a partire dall'anno 2007, quattro distinte graduatorie di settore per la medicina generale;

CONSIDERATO che con deliberazione di Giunta Regionale n. 606 del 12.07.2005, le Aziende UU.SS.LL. di questa Regione sono state

indicate quali soggetti responsabili dell'espletamento dei compiti operativi inerenti il procedimento amministrativo di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale in base ai criteri di cui agli artt. 34 e 63 ACN;

DATO ATTO che possono concorrere al conferimento degli incarichi per trasferimento, ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a, 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;

DATO ATTO che possono concorrere al conferimento degli incarichi per graduatoria, ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera b, i medici inclusi nella graduatoria definitiva regionale, settore assistenza primaria, valevole per l'anno 2015 pubblicata nel BURA n. 54 Speciale del 19.06.2015;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 16, comma 7 del vigente A.C.N. e dell'art. 12 dell'Accordo integrativo regionale per la medicina generale, per il conferimento degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale le percentuali di riserva sono determinate nel 67% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e nel 33% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente (art. 21 e ss. D. Lgs. n. 368 del 17.08.1999);

PRESO ATTO che il Decreto commissariale n. 149 del 07.11.2014 avente ad oggetto : "Indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende USL 2015/2017" ha stabilito che per evitare, specialmente nei comuni delle zone interne, l'assenza per lunghi periodi di tempo del medico di famiglia è opportuno procedere contestualmente alla pubblicazione delle nuove zone carenti anche alla ripubblicazione di

quelle con procedimento in itinere successivo al conferimento, da riassegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate;

PRESO ATTO, pertanto, che i formali provvedimenti aziendali di individuazione degli ambiti territoriali carenti riportano, secondo quanto sopra richiamato, gli ambiti territoriali carenti precedentemente pubblicati con la seguente dicitura:

da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate;

VISTE le richieste di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati alla data del 1° settembre 2015 trasmesse dalla:

- ASL Avezzano Sulmona L'Aquila con nota prot. n. 0112148 del 30.09.2015;
- ASL Lanciano Vasto Chieti con nota prot. n. 46178/CH del 30.09.2015, modificata con nota prot. n. 49139/CH del 16.10.2015;
- ASL Pescara con nota prot. n. 0057760U15 del 30.09.2015;
- ASL Teramo con nota prot. n. 0065437/15 del 01.10.2015;

RILEVATI pertanto, a seguito delle suddette comunicazioni, gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati dalle singole Aziende UU.SS.LL. da pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione come elencati nel prospetto riepilogativo dell'Avviso, allegato 1), parte integrante del presente provvedimento, in cui sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 34, comma 13, A.C.N. i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare alle singole Aziende UU.SS.LL., entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A o all'allegato B oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato C;

VISTA la L.R. 14.09.1999, n. 77 e s.m.i;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in narrativa:

1. **di pubblicare** nel Bollettino Ufficiale della Regione, come previsto dall'art. 34, comma 1, del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009, gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati dalle singole Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, alla data del 1° settembre 2015 elencati nell'Avviso, allegato 1), parte integrante del presente provvedimento in cui sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;
2. **di dare atto** che, ai sensi dell'art. 34, comma 13, del citato ACN, i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare alle singole Aziende UU.SS.LL., entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso, allegato 1), una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A o all'allegato B oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato C, tutti acclusi al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Maria Crocco

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/16 del 29.10.2015.

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° settembre 2015 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., in relazione agli ambiti territoriali carenti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di assistenza primaria".

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo, al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all' art. 34 dell'ACN per la medicina generale.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti secondo la riserva prevista dall'art. 16, comma 7, ACN e dell'art. 12 AIR, la Regione unificherà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno fatto domanda di assegnazione degli incarichi saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale che sarà resa pubblica sulla home page del portale regionale: www.regione.abruzzo.it – tutti gli **AVVISI**.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. Il 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 – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

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 2015 pubblicata nel BURA Speciale Sanità n. 54 del 19.06.2015.

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.

Il Decreto commissariale n. 149 del 07.11.2014 avente ad oggetto : "Indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende USL 2015/2017" ha stabilito che per evitare l'assenza per lunghi periodi di tempo del medico di famiglia è opportuno procedere contestualmente alla pubblicazione delle nuove zone carenti anche alla ripubblicazione di quelle con procedimento in itinere successivo al conferimento, da riassegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate.

Pertanto si riportano gli ambiti territoriali carenti precedentemente pubblicati con la seguente dicitura:

da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate.

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

Ambito territoriale **Francavilla al mare** 2
con obbligo di apertura degli studi medici nel Comune di Torrevecchia Teatina e Francavilla al mare

Ambito territoriale **Ortona** 1
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ortona

Ambito territoriale **Sangro Aventino** 2
con obbligo di apertura degli studi medici nel Comune di Ateessa

Ambito territoriale **Vasto** 1
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto

Ambito territoriale **Alto Vastese** 1
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Furci

da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate

Ambito territoriale **Francavilla al mare** 1
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ripa Teatina

Ambito territoriale **Ortona** 2
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Ortona e Canosa Sannita

Ambito territoriale **Guardiagrele** 1
con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Guardiagrele

Ambito territoriale Lanciano con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Santa Maria Imbaro, e San Vito Chietino	2
Ambito territoriale Sangro Aventino con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Tornareccio	1
AZIENDA USL PESCARA	
Ambito territoriale Pescara	1
AZIENDA USL TERAMO	
Ambito territoriale DSB di Teramo Basciano – Campli – Canzano – Castellalto – Cortino Penna S. Andrea - Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana	1
Ambito territoriale DSB Roseto degli Abruzzi Bellante – Giulianova – Morro d'Oro – Mosciano S. Angelo Notaresco – Roseto degli Abruzzi	1
da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate	
Ambito territoriale DSB di Teramo Basciano – Campli – Canzano – Castellalto – Cortino Penna S. Andrea - Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana con obbligo di apertura nel Comune di Valle Castellana	1
Ambito territoriale DSB Montorio al Vomano Castel Castagna – Castelli – Colledara – Crognaleto - Fano Adriano Isola del Gran Sasso – Montorio al Vomano – Pietracamela - Tossicia con obbligo di apertura nel Comune di Montorio al Vomano	1
Ambito territoriale DSB Val Vibrata 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 Civitella del Tronto	1

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Distrettuale Territoriale
Medicina Convenzionata e Penitenziaria
Dott.ssa Maria Crocco

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/>).

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. _____
Pec: _____ 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 nel 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);
 - copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).
- Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

Pec: _____

Data _____

_____ firma per esteso

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

Via _____

CAP _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov.

_____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____

_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ Pec: _____ inserito nella graduatoria di settore

valida per l'anno 2015 (B.U.R.A. n. 54 Speciale del 19.06.15)

F A D O M A N D A

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 2015 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2014) 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);

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Pec: _____

Data _____ firma per esteso _____

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.

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/17
Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di libera scelta 15 dicembre 2005 e s.m.i. pubblicazione ambiti territoriali carenti di medici pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati al 1° settembre 2015

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO l'art. 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni in base al quale ciascuna Regione entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno, o diversamente, secondo quanto previsto da specifici accordi regionali, pubblica nel Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati dalle singole Aziende UU.SS.LL. sulla base dei criteri di cui al precedente art. 32;

VISTO l'art. 15, comma 11, del vigente A.C.N., ai sensi del quale i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli ambiti vacanti solo per trasferimento;

DATO ATTO che per il conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria si utilizza la graduatoria regionale valevole per l'anno 2015, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. 133 Speciale Sanità del 28/11/2014;

PRESO ATTO della richiesta di pubblicazione dell'ambito territoriale carente di un pediatra convenzionato per l'assistenza primaria individuato alla data del 1° settembre 2015 dalla ASL di Pescara, trasmessa alla Regione Abruzzo con nota prot. n. 0057760U15 del 30 settembre 2015, come indicato nell'avviso, Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento, nel quale sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;

RILEVATO che, ai sensi dell'art 33, comma 2, del vigente A.C.N., possono concorrere al conferimento degli incarichi

- a. i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni 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;
- b. a1) i pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti 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, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale;
- c. b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

VISTA la L. R. 14.09.1999, n. 77 e s.m.i.;

Tutto ciò premesso

DETERMINA

1. **di prendere atto** della richiesta di pubblicazione, nota prot. n. n. 0057760U15 del 30 settembre 2015, dell'ambito territoriale carente di un medico pediatra convenzionato per l'assistenza primaria individuati, alla data del 1° settembre 2015, dalla ASL di Pescara, sulla base dei criteri previsti dall'art. 32 dell'A.C.N. e dall'art. 45 dell'Accordo integrativo regionale vigente, recepito con D.G.R. n. 532 del 22 maggio 2006, come indicato nell'avviso, Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento;
2. **di pubblicare** nel Bollettino Ufficiale della Regione, come previsto dall'art. 33, comma 1, del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, l'avviso, Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento, nel quale è indicato l'ambito territoriale carente di un medico pediatra convenzionato per

l'assistenza primaria rilevato dalla ASL di Pescara, i criteri e le modalità di assegnazione dell'incarico;

3. **di dare atto** che, ai sensi dell'art. 33 del vigente A.C.N., i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare alla ASL Pescara, entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso di cui all'Allegato 1, una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A o all'allegato B oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato C, tutti acclusi al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Maria Crocco

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/17 del 29.10.2015.

Ambiti territoriali carenti di medici pediatri individuati alla data del 1° settembre 2015 dalla ASL di Pescara. 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 Azienda USL di Pescara, tramite raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alla zona carente di pediatria".

La ASL 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 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 2015 pubblicata nel B.U.R.A. n. 133 Speciale Sanità del 28 novembre 2014.

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

AZIENDA USL PESCARA

ambito di Montesilvano/Cappelle

1

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Distrettuale Territoriale
Medicina Convenzionata e Penitenziaria
Dott.ssa Maria Crocco

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/>)

Allegato A)

**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. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____, cell. _____,
Pec: _____ 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 Pescara - ambito di Montesilvano/Cappelle

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:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Pec: _____

Data _____ firma per esteso

Allegato B)

**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. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP _____ tel. _____, cell.
_____, pec: _____, inserito nella
graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 2015, (B.U.R.A. n. 133 Speciale Sanità
del 28 novembre 2014) 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 Pescara - ambito di Montesilvano/Cappelle

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

1. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2015 con punti _____ e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2014) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
2. 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. _____
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato C);
 - copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).
- Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

Pec: _____

Data _____ firma per esteso

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 pubblicoVia 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.

DETERMINAZIONE 29.10.2015 n. DPF015/18
ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato/Regioni Rep. n. 93/CSR del 29.07.2009. Pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalla ASL Avezzano Sulmona L'Aquila alla data del 1° settembre 2015.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

VISTO l'art. 63, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo in data 29 luglio 2009 con Intesa sancita in Conferenza Stato/Regioni, (per brevità vigente A.C.N.), in base al quale: "ciascuna Regione pubblica nel Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende ...";

RICHIAMATA, per la materia in oggetto, la disciplina recata dall'Accordo regionale integrativo reso esecutivo con delibera di Giunta Regionale n. 916 del 9 agosto 2006;

RICORDATO che, ai sensi del comma 1 dell'art. 15 del vigente A.C.N., il citato Accordo regionale integrativo ha individuato, a partire dall'anno 2007, quattro distinte graduatorie di settore per la medicina generale;

CONSIDERATO che con deliberazione di Giunta Regionale n. 606 del 12.07.2005, le Aziende UU.SS.LL. di questa Regione sono state indicate quali soggetti responsabili dell'espletamento dei compiti operativi inerenti il procedimento amministrativo di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale in base ai criteri di cui agli artt. 34 e 63 ACN;

DATO ATTO che possono concorrere al conferimento degli incarichi per trasferimento, ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera a, 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.

DATO ATTO che possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti per graduatoria, ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera b, i medici inclusi nella graduatoria definitiva regionale, settore continuità assistenziale, valevole per l'anno 2015 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. 54 Speciale del 19.06.2015;

DATO ATTO che l'Accordo integrativo regionale per la medicina generale, ai sensi dell'art. 16, comma 7, A.C.N., dispone che per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale le percentuali di riserva sono determinate nel 67% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e nel 33% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente;

CONSIDERATO che la ASL Lanciano Vasto Chieti con nota prot. n. 50336U15/CH del 23.10.2015 ha disposto di non dare seguito alla pubblicazione della carenze di continuità assistenziale come precedentemente comunicato con nota prot. n. 46178/CH del 30.09.2015;

PRESO ATTO della richiesta di pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° settembre 2015 trasmessa dalla ASL Avezzano Sulmona L'Aquila con nota prot. n. 0112148 del 30.09.2015, modificata con nota prot. n. 0119975/15 del 16.10.2015;

RITENUTO di dover pubblicare i suddetti incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° settembre 2015 nell'ambito dalle ASL della Regione elencati nel prospetto riepilogativo, Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento nel quale sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 63, comma 3, A.C.N. i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare alle singole Aziende UU.SS.LL., entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Allegato 1) al presente provvedimento, una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A o all'allegato B oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato C;

VISTA la L. R. 14.09.1999, n. 77 e s.m.i.;

Tutto ciò premesso

DET ERMINA

1. **di prendere** atto della richiesta di pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, individuati alla data del 1° settembre 2015, trasmessa dalla ASL Avezzano Sulmona L'Aquila con nota prot. n. 0112148 del 30.09.2015, modificata con nota prot. n. 0119975/15 del 16.10.2015;
2. **di pubblicare** nel Bollettino Ufficiale della Regione, come previsto dall'art. 63, comma 1, del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29.07.2009, gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° settembre 2015 nell'ambito della ASL Avezzano Sulmona L'Aquila, elencati nell'Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento in cui sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;

3. **di dare atto** che, ai sensi dell'art. 63, comma 3, del citato ACN, i medici aspiranti al trasferimento e quelli iscritti nella graduatoria regionale aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare all'Azienda USL di Avezzano Sulmona L'Aquila, entro 15 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'allegato 1), una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A o all'allegato B oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato C, tutti acclusi al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Maria Crocco

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/18 del 29 ottobre 2015.

Incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° settembre 2015 nell'ambito della ASL Avezzano Sulmona L'Aquila. Art. 63 del vigente 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. Avezzano Sulmona L'Aquila, 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".

La ASL Avezzano Sulmona L'Aquila provvederà a predisporre la graduatoria aziendale che verrà resa pubblica mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo, al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all' art. 34 dell'ACN per la medicina generale.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti secondo la riserva prevista dall'art. 16, comma 7, ACN e dell'art. 12 AIR, i medici che hanno fatto domanda di assegnazione degli incarichi saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale che sarà resa pubblica sulla home page del portale regionale: www.regione.abruzzo.it – tutti gli **AVVISI**.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. Il 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 – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

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 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 frazionari 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 2015 pubblicata nel B.U.R.A. n. 54 Speciale Sanità del 19.06.2015. 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. turni
ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	
Civitella Roveto	1
Trasacco	1
Avezzano	1
Tagliacozzo	1
Pescasseroli	1
Navelli	1
Torninparte	1
Pratola Peligna	2

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Distrettuale Territoriale
Medicina Convenzionata e Penitenziaria
Dott.ssa Maria Crocco

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/>)

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 Avezzano Sulmona L'Aquila
Via Saragat - località Campo di Pile
67100 L'Aquila

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

Pec: _____ la far data dal _____ Azienda USL
di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, 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).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Pec: _____

Data _____ firma per esteso _____

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**
ASL Avezzano Sulmona L'Aquila
Via Saragat - località Campo di Pile
67100 L'Aquila

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP
_____ tel. _____ Pec _____ inserito
nella graduatoria di settore valida per l'anno 2015 con punti _____ (BURA n. 54 Speciale Sanità del 19.06.2015).

F A D O M A N D A

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).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art.38 del DPR 445/00).

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

pec: _____

Data _____ firma per esteso _____

Allegato C)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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 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 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: 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

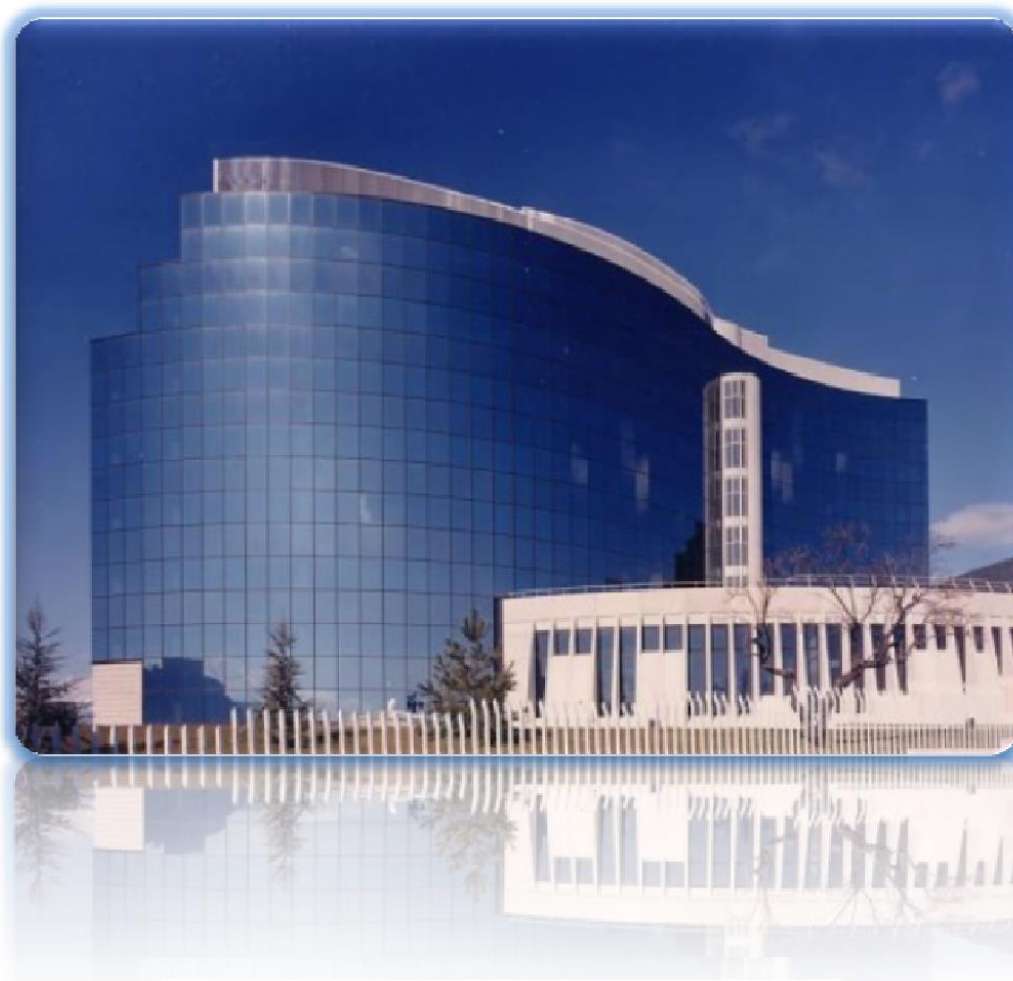
data _____

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.



**Dipartimento della Presidenza e
Rapporti con l'Europa**

**Servizio assistenza atti del Presidente
e della Giunta Regionale**

Centralino 0862 3631 Tel.
0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it