



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N.65 del 17 Luglio 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 II

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

ATTI DELLA REGIONE

Avvisi

GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2015 presso le Aziende UU.SS.LL.della Regione Abruzzo. Avviso.4

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2015 dalla ASL Lanciano Vasto Chieti. Avviso.12

PARTE II

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

ATTI DELLA REGIONE

Avvisi

GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA**Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2015 presso le Aziende UU.SS.LL.della Regione Abruzzo. Avviso.**

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/21 del 07.07.2015.

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 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., 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, all'assegnazione degli 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 redigendo la 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 frazionari 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 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Area Marsica
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Canistro
e Ortona dei Marsi 8

Area Peligno – Sangrino
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Pettorano sul Gizio
e Campo di Giove 2

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

Ambito territoriale NOD di Chieti 3

Ambito territoriale NOD di Lanciano
con obbligo di apertura degli studi medici nel Comune di Lanciano
e di Rocca San Giovanni 2

Ambito territoriale NOD di Vasto
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Vasto, Pollutri,
Casalbordino 3

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

Ambito territoriale NOD di Chieti 1

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

Ambito territoriale NOD di Francavilla al mare
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di San Giovanni Teatino (2),
Torrevecchia Teatina e Ripa Teatina 4

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

Ambito territoriale NOD di Ortona
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Poggiofiorito,
Ortona e Canosa Sannita 3

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

Ambito territoriale NOD di Lanciano
con obbligo di apertura degli studi medici nei Comuni di Santa Maria Imbaro,
e San Vito Chielino 2

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

Ambito territoriale NOD di Guardiagrele 1
 con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Guardiagrele
da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate

Ambito territoriale NOD Sangro Aventino 1
 con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Tornareccio
da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate

AZIENDA USL PESCARA

Ambito territoriale di Montesilvano – Cappelle sul Tavo 1

Ambito territoriale di Cepagatti – Città S. Angelo – Elice – Nocciano
 Rosciano – Pianella – Moscufo – Spoltore – Catignano - Civitaquana 4

AZIENDA USL TERAMO

DSB di Teramo 4
 Ambito territoriale : Basciano – Campi – Canzano – Castellalto – Cortino
 Penna S. Andrea - Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana

DSB Val Vibrata 2
 Ambito territoriale: Alba Adriatica - Ancarano – Civitella del Tronto – Colonnella
 Controguerra – Corropoli - Martinsicuro - Nereto – Sant' Egidio alla Vibrata
 S.Omero – Torano Nuovo – Tortoreto
 con obbligo di apertura nel Comune di Alba Adriatica e di Nereto

DSB Atri 1
 Ambito territoriale: Arsita – Atri – Bisenti – Castiglione Messer Raimondo
 Castilenti – Cellino Attanasio – Cernignano – Montefino – Pineto - Silvi
 con obbligo di apertura nel Comune di Pineto

DSB di Teramo 2
 Ambito territoriale : Basciano – Campi – Canzano – Castellalto – Cortino
 Penna S. Andrea - Rocca S. Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana
 con obbligo di apertura nei Comuni di Torricella Sicura e Penna Sant'Andrea
da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate

DSB Atri 1
 Ambito territoriale: Arsita – Atri – Bisenti – Castiglione Messer Raimondo
 Castilenti – Cellino Attanasio – Cernignano – Montefino – Pineto - Silvi
 con obbligo di apertura nel Comune di Bisenti
da assegnare solo in caso di mancata copertura delle procedure d'incarico precedentemente avviate

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



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

- 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 assistenza primaria 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 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

Si allega 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 2015 (B.U.R.A. n. 54 Speciale del
19.06.15)

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 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).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga al seguente indirizzo:

Data _____ firma per esteso _____

Si allega 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 partecipante 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 (') 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 PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2015 dalla ASL Lanciano Vasto Chieti. Avviso.

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/22 del 07.07.2015.

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2015 dalla A.S.L. Lanciano Vasto Chieti. Art. 92 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 nel 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 alla A.S.L. Lanciano Vasto Chieti, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale".

La A.S.L. Lanciano Vasto Chieti provvederà alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 92 dell'ACN per la medicina generale.

Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. Il telegramma deve pervenire perentoriamente alla A.S.L. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data stabilita per l'assegnazione degli incarichi.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende U.U.S.S.L.L., anche diverse, della Regione Abruzzo o in Aziende U.U.S.S.L.L. di altre Regioni, anche diverse, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno o da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari 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.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2015 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 54 Speciale del 19.06.2015) con priorità per:

1. medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa A.S.L. nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III, A.C.N. per la medicina generale;
2. medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
3. medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

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

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza di apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92, comma 10, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente.

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.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI**n. incarichi****ASL2 Lanciano Vasto Chieti**

itinerante presso le sedi "118" di Lanciano, Atesa, Casoli, Gissi

1

sede "118" di Guardagrele

1

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

Il presente avviso è consultabile su www.regione.abruzzo.it - Sanità e Sociale - tutti gli AVVISI.

Allegato A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per trasferimento)

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

Al Direttore Generale
A.S.L. Lanciano Vasto Chieti
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ cell _____ a far data dal _____ Azienda USL di _____
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL _____ Incarico _____

ASL _____ Incarico _____

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 della Provincia di _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di _____ della Regione _____ dal _____;
- di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
- di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

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

Data _____ firma per esteso _____

Allega 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 EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per graduatoria)

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

Al Direttore Generale
A.S.L. Lanciano Vasto Chieti
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
_____ tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria di settore
valida per l'anno 2015 (B.U.R.A. n. 54 Speciale del 19.06.2015)

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL _____ Incarico _____
ASL _____ Incarico _____

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 della Provincia di _____;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Abruzzo presso la ASL _____ dal _____ al _____;
7. di essere incluso nella graduatoria regionale Abruzzo - settore emergenza sanitaria territoriale - per l'anno 2015;
8. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

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

Data _____ firma per esteso _____

Allega copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del D.P.R. 445/00).

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 partecipante 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