

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/60 del 25 OTT. 2016.

**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2016 dalle Aziende USL della Regione Abruzzo. 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 dell'incarico, 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 alle Aziende USL Avezzano Sulmona L'Aquila e 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".

Le Aziende USL provvederanno 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. 92 dell'ACN per la medicina generale.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti i medici che hanno fatto domanda di assegnazione saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale, relativa anche all'avviso pubblicato con Determinazione n° DPF015/59 del 24.10.2016 (incarichi vacanti AUSL Teramo), che sarà resa pubblica sulla home page del portale regionale: [www.regione.abruzzo.it](http://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 incarichi vacanti per i quali ha concorso. Il telegramma deve pervenire perentoriamente alle Aziende USL entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione dell'incarico.

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 dell'incarico :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende UU.SS.LL., anche diverse, della Regione Abruzzo o in Aziende UU.SS.LL. 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 2016 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 68 Speciale del 29.04.2016) 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 dell'incarico vacanti solo per trasferimento.

Possono concorrere al conferimento dell'incarico 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

#### ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

Sede 118 di VASTO ore 38 settimanali

1

#### ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Area Peligno-Sangrina

1

Itinerante presso le postazioni territoriali di Scanno e Campo di Giove

Area L'Aquila

1

Con sede prevalente presso la postazione di Navelli

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/>)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DELL'INCARICO VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
( 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. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_ 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 29.07.2009, di assegnazione dell'incarico vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	

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 \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;

5. 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 \_\_\_\_\_;

6. 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).

- 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 \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DELL'INCARICO VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
( 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. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_ inserito

nella graduatoria di settore valida per l'anno 2016 (B.U.R.A. n. 68 Speciale del 29.04.2016).

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione dell'incarico vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	

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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Abruzzo presso la ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di essere incluso nella graduatoria regionale Abruzzo – settore emergenza sanitaria territoriale – per l'anno 2016 con punti \_\_\_\_\_;

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).

- 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 \_\_\_\_\_

## 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.

