

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/19 del **10 MAG. 2017**

**Incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati alla data del 1° marzo 2017 nell'ambito delle Aziende della Regione Abruzzo. 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 alle Aziende U.S.L., in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per assegnazione incarichi vacanti di continuità assistenziale".

Le ASL 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 pubblicati secondo le modalità di cui all' art. 63 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 presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale resa pubblica sulla home page del portale regionale: [www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it) – **NOVITA'**.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione degli incarichi vacanti pubblicati 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 2017, approvata con Determinazione n. DPF015/13 dell'8.03.2017 e pubblicata nel B.U.R.A.T Speciale n. 31 del 10.03.2017.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 67% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 33 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

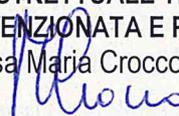
Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

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

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso.

<b>AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI</b>	<b>n. incarichi</b>
<b>ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA</b>	
Circoscrizione – sede di Castel di Sangro	1
Circoscrizione – sede di Pescasseroli	1
<b>ASL LANCIANO VASTO CHIETI</b>	
Circoscrizione di Francavilla al mare	2
Circoscrizione di Miglianico	1
Circoscrizione di Castiglione Messer Marino	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/archivio-avvisi>) e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>)

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

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Pec: \_\_\_\_\_ a 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 29.07.2009, 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	

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 \_\_\_\_\_

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

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  
2017 con punti \_\_\_\_\_ (BURAT Speciale n. 31 del 10.03.2017)

**FA DOMANDA**

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

AMBITO	

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 2017 con punti \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_;

6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Chiede, ai sensi dell'art. 16, commi 7 e 8, dell'A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.  
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).
- 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.

