



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 56 del 29 Marzo 2019

**SANITA' - INCARICHI VACANTI MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO
2019**

Vendita e Informazioni

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

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online Tel. 0862/363206

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

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE PER LA SALUTE E IL WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE MEDICINA CONVENZIONATA E
PENITENZIARIA

DETERMINAZIONE 26.03.2019, N. DPF015/21

Pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende USL per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 63, A.C.N. 23 marzo 2005 e s.m.i. 4

DETERMINAZIONE 26.03.2019, N. DPF015/22

Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalla Azienda USL Lanciano Vasto Chieti per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 33 A.C.N. 15 dicembre 2005 e s.m.i.21

DETERMINAZIONE 27.03.2019, N. DPF015/24

Pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati dalle Aziende USL per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 34 A.C.N. 23 marzo 2005 e s.m.i. Rettifica avviso approvato con Determinazione DPF015/20 del 26/03/2019.33

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DETERMINAZIONI

DIRIGENZIALI

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE MEDICINA CONVENZIONATA E
PENITENZIARIA

DETERMINAZIONE 26.03.2019, N. DPF015/21

Pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende USL per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 63, A.C.N. 23 marzo 2005 e s.m.i.

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 23 marzo 2005 e s.m.i., il quale prevede che entro la fine di marzo di ogni anno la Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende USL sulla base dei criteri di cui all'art. 64 dello stesso A.C.N.;

VISTO l'art. 9 del D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale";

VISTO il documento adottato dalla Commissione Salute in data 20.03.2019, trasmesso dal Coordinamento della Commissione Salute in data 22.03.2019, prot. 334/SAN, recante indirizzi per l'attuazione del citato art. 9 del D.L. n.135/2018 per consentire l'applicazione della norma in maniera uniforme sul territorio nazionale già a partire dalla pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale del mese di marzo 2019, in attesa che venga siglato il nuovo A.C.N.;

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 assegnazione 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, come specificato nell'avviso accluso al presente atto:

- per trasferimento, ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettera a), i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per la continuità assistenziale;
- per graduatoria, ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettera b), i medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva, settore continuità assistenziale, valevole per l'anno 2019, approvata con determinazione n. DPF015/71 del 13.12.2018 e pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018;

- ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettera c), i medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

DATO ATTO che ai sensi dell'art. 63, comma 11 dell'A.C.N., per il conferimento degli incarichi vacanti di continuità assistenziale le percentuali di riserva sono determinate nel 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e nel 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente (art. 21 e ss. D. Lgs. n. 368 del 17.08.1999);

VISTI i formali provvedimenti con i quali le ASL hanno individuato gli incarichi vacanti di continuità assistenziale al 1° settembre 2018 inviati alla Regione per la relativa pubblicazione sul BURAT, come di seguito elencati:

- nota prot. 54831/19 del 13/03/2019, con allegato provvedimento n. 74 del 13/03/2019 dell'U.O.S.D. Direzione Amministrativa dei Distretti (Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila);
- nota prot. 15653/CH del 21/03/2019 (Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti);
- Deliberazione D.G. n° 357 del 21/03/2019 (Azienda USL Pescara);
- nota prot. 31233/19 del 22/03/2019 (Azienda USL Teramo);

RITENUTO pertanto, di dover procedere alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione degli incarichi vacanti carenti di continuità assistenziale individuati dalle singole Aziende UU.SS.LL. 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 i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art. 63, comma 2, A.C.N. alle singole Aziende UU.SS.LL., entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme ad uno degli schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, C o D), oltre - ove indicato nello schema di domanda - alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E;

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

Tutto ciò premesso

DETERMINA

1. **di pubblicare** nel Bollettino Ufficiale della Regione, come previsto dall'art. 63, comma 1, dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i., gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati per l'anno 2019 dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, 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 i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art. 63, comma 2, A.C.N. 23.03.2005 e s.m.i., alle singole Aziende UU.SS.LL. presso cui insistono gli incarichi vacanti, entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme ad uno degli schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, C o D), oltre - ove indicato nello schema di domanda - alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E.

Per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Angelo Muraglia

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/21 del 26 MAR. 2019.

Incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati per l'anno 2019 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 63 come modificato dall'art. 6 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018 e art. 9 D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019.

Ai sensi dell'art. 63, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati incarichi vacanti di continuità assistenziale e quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 64. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando **esclusivamente mediante raccomandata A.R.** domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A - B - C - D), compilando altresì, ove indicato nello schema di domanda, l'allegato E.

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- a) **per trasferimento**, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione Abruzzo e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1, ACN. Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli incarichi vacanti nel BURAT.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

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

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per l'anno 2019 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano, ai sensi dell'art. 63, comma 11, ACN, una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, definita nel modo seguente:

- 80 % a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 20 % 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 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- 1) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
- 2) punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda, nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della

domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- 3) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

- c) **I medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, **i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo**, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 63, comma 15 (Avviso da pubblicare sul sito della SISAC), uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità del corso
- medici frequentanti la seconda annualità del corso
- medici frequentanti la prima annualità del corso

in attuazione dell'art. 63, commi 8 e 10, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze - nel territorio aziendale.

L'avviso relativo alla data fissata per l'eventuale interpello sarà pubblicato sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionale>) e comunicato ai medici che hanno proposto domanda per gli incarichi residuati.

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 Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione all'albo aziendale.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 63, comma 11, vigente ACN, la Regione unificherà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale pubblicata sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo le modalità di cui all' art. 63 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi presso la Regione Abruzzo – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

A tal fine si indicano gli indirizzi PEC di riferimento:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila	protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
Azienda USL Pescara	medicinaconvenzionata.aspe@pec.it
Azienda USL Teramo	cast@pec.aslteramo.it

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa 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 per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

n. incarichi

ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

L'Aquila	3
Monte reale	3
San Demetrio né Vestini	1
Rocca di Mezzo	1
Navelli	1
Avezzano	1
Balsorano	4
Civitella Roveto	2
Carsoli	1
Tagliacozzo	1
Sulmona	1
Pratola Peligna	1
"Numero unico della continuità assistenziale"	2

ASL LANCIANO VASTO CHIETI

Circoscrizione di Guardiagrele	1
Circoscrizione di Casoli	1
Circoscrizione di San Salvo	1
Circoscrizione di Torricella Peligna	1
Circoscrizione di Casalbordino	1
Circoscrizione di Celenza sul Trigno	1
Circoscrizione di Castiglione Messer Marino	2

ASL PESCARA

Spoltore (dal 01.04.2019)	1
Spoltore (dal 18.07.2019)	1
Loreto Aprutino (dal 01.08.2019)	2
Pianella (dal 01.04.2019)	1
Bussi sul Tirino (dal 01.08.2019)	1
Penne (dal 01.06.2019)	1

ASL TERAMO**DSS Val Vibrata**

Circoscrizione Alba Adriatica-Tortoreto Sede di Tortoreto	1
--	---

DSS Roseto degli Abruzzi

Circoscrizione Giulianova Sede di Giulianova	1
Circoscrizione Mosciano Sant'Angelo-Bellante Sede di Mosciano Sant'Angelo	1
Circoscrizione Notaresco-Cellino Attanasio Sede di Notaresco	1
Circoscrizione Roseto degli Abruzzi - Morro d'Oro Sede di Roseto degli Abruzzi	1

per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Angelo Muraglia

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) 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 _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
Pec: _____ titolare di incarico a
tempo indeterminato per la continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, 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:

INCARICO		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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- 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 _____;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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 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 2019 (B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018).

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

INCARICO		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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di essere iscritto nella graduatoria – settore continuità assistenziale – valvole per l'anno 2019 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 _____;

7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede, ai sensi dell'art. 63, comma 13, 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 E).

- 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)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(art. 63, comma 3, lettera c), vigente ACN)

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: _____.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall' art. 63, comma 3, lettera c), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

INCARICO		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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____.
- di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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 D)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo)

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 _____ cell. _____ Pec: _____

FA DOMANDA

- secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale della Regione Abruzzo qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui al comma 15, uno o più incarichi vacanti di continuità assistenziale rimangono vacanti
- per gli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n..... del2019, e segnatamente per i seguenti incarichi:

INCARICO		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 in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto.....; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di frequentare il.....(indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Abruzzo iniziato in data.....;
4. di essere residente nel Comune di..... prov (.....) dal.....;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato – con avviso successivo da pubblicarsi sul Portale Sanità della Regione Abruzzo e con apposita comunicazione - qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 63, comma 15, uno o più incarichi vacanti di continuità assistenziale rimarranno vacanti;
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale istituito presso la Regione Abruzzo.

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

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

Allegato E)

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) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- 3) fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
- 4) 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 _____
- 5) 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 _____
- 6) 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 _____
- 7) 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 _____
- 8) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
 provincia _____ branca _____
 periodo: dal _____
- 9) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
 Azienda _____ Via _____
 Tipo di attività _____
 periodo: dal _____
- 10) 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)

- 11) 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 _____
- 12) 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 _____
- 13) 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) svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna) _____
Periodo: dal _____
- 16) 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 _____

- 17) 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :

Soggetto pubblico _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

6. Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 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 26.03.2019, N. DPF015/22

Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalla Azienda USL Lanciano Vasto Chieti per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 33 A.C.N. 15 dicembre 2005 e s.m.i

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 (di seguito A.C.N.), il quale prevede che entro la fine di marzo di ogni anno la Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende USL sulla base dei criteri di cui all'art. 32 dello stesso A.C.N.;

PRESO ATTO della richiesta di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti, trasmessa alla Regione Abruzzo con nota prot. n. 15653/CH del 21/03/2019, 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 5, del vigente A.C.N., che possono concorrere al conferimento degli incarichi, come specificato nell'avviso accluso al presente atto:

- a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione Abruzzo da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- b) per trasferimento: pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018;
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;

RITENUTO pertanto, di dover procedere alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dall'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti, elencati nell'Avviso, allegato 1), parte integrante del presente provvedimento, in cui sono indicati i criteri e le modalità di assegnazione degli incarichi;

DATO ATTO che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art. 33, comma 4, A.C.N., all'Azienda U.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti, entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme ad uno degli schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, o C), oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E;

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

Tutto ciò premesso

DETERMINA

1. **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 sono indicati gli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati dalla Azienda USL Lanciano Vasto Chieti, i criteri e le modalità di assegnazione dell'incarico;
2. **di dare atto** che, ai sensi dell'art. 33 del vigente A.C.N., i pediatri aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda USL Lanciano vasto Chieti, entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso di cui all'Allegato 1, una domanda conforme ad uno degli

schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, o C), oltre alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E.

Per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott Angelo Muraglia

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/122 del 26 MAR. 2019**Ambiti territoriali carenti di medici pediatri individuati per l'anno 2019 dalla ASL Lanciano Vasto Chieti. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e s.m.i. come modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 21/06/2018.**

Ai sensi dell'art. 33, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta individuati per l'anno 2019 dall'Azienda USL Lanciano Vasto Chieti..

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i pediatri interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti presentando domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati, a seconda della categoria di appartenenza (A-B-C), compilando altresì l'allegato D.

La domanda, **in bollo (€ 16,00)**, deve essere inviata all'Azienda USL di Lanciano Vasto Chieti, esclusivamente mediante **raccomandata A.R.**, riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli ambiti carenti di pediatria".

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:

- a) per trasferimento (Allegato A): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione Abruzzo da almeno **due anni** nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- b) per trasferimento (Allegato A): pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno **quattro anni** in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018 (Allegato B);
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (Allegato C).

Ai sensi dell'art 15, comma 3 dell'ACN i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

I pediatri di cui alle **lettere a) e b)** sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1, ACN. Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti nel BURAT.

Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I pediatri di cui alla **lettera c)** sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i pediatri di cui alle lettere a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della anzianità di laurea.

I pediatri di cui alla **lettera d)** sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda USL, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

La ASL provvederà alla predisposizione e alla pubblicazione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di 15 (quindici) giorni, all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria secondo le modalità di cui all'art. 33 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, mediante telegramma o PEC, la propria disponibilità all'accettazione indicando l'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha presentato domanda.

Il telegramma o la PEC devono pervenire all' Azienda USL Lanciano Vasto Chieti perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi.

A tal fine si indica l'indirizzo PEC di riferimento: assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15/12/2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 5 commi 2 e 3), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa 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 per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

n. ambiti carenti

Ambito territoriale NOD di Vasto

1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Salvo

Ambito territoriale NOD di Chieti

1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Chieti

per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Angelo Muraglia

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e sul 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.

**All' Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti
U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base,
Specialistica e Territoriale
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI**

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 5, lett. a) e b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, come di seguito indicato:

AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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

- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- 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);
- 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)

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato D);
- 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)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo € 16,00

**All' Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti
U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base,
Specialistica e Territoriale
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI**

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 2019 (B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre
2018)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 5, lett. c), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 e s.m.i. 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:

AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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

- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2019 con punti _____ e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2018) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;
- 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. _____

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato D);
- 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)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**
(art. 33, comma 5, lettera d), vigente ACN)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo € 16,00

All' Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti
U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base,
Specialistica e Territoriale
Via Martiri Lancianesi 17/19
66100 CHIETI

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

FA D O M A N D A

secondo quanto previsto dall' art. 33, comma 5, lettera d), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 e s.m.i. di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/_____, come di seguito indicato:

AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di aver acquisito il Diploma di Specializzazione presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
- di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- 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 D)

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 _____ 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) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- 3) fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
- 4) 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
- 5) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo collettivo nazionale 25.03.2005 e s.m.i., con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese diAzienda U.S.L.
Periodo: dal
- 6) 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.
- 7) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia branca Periodo: dal
- 8) 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 Abruzzo o in altra regione (2):
Regione A.S.L. ore sett.
In forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) 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

- 10) 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(Prov.....)
 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 sett.
 Via..... Comune di(Prov.....)
 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) 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
- 14) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato):
 Soggetto pubblico
 Via Comune di(Prov.....)
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro
 Periodo: dal
- 15) 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 al D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, 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 27.03.2019, N. DPF015/24

Pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati dalle Aziende USL per l'anno 2019, ai sensi dell'art. 34 A.C.N. 23 marzo 2005 e s.m.i. Rettifica avviso approvato con Determinazione DPF015/20 del 26/03/2019.

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 23 marzo 2005 e s.m.i. (di seguito A.C.N.), il quale prevede che entro la fine di marzo di ogni anno la Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende USL sulla base dei criteri di cui all'art. 33 dello stesso A.C.N.;

VISTO l'art. 9 del D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale";

VISTO il documento adottato dalla Commissione Salute in data 20.03.2019, trasmesso dal Coordinamento della Commissione Salute in data 22.03.2019, prot. 334/SAN, recante indirizzi per l'attuazione del citato art. 9 del D.L. n.135/2018 per consentire l'applicazione della norma in maniera uniforme sul territorio nazionale già a partire dalla pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale del mese di marzo 2019, in attesa che venga siglato il nuovo A.C.N.;

RILEVATO 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 al 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 A.C.N.;

DATO ATTO che possono concorrere al conferimento degli incarichi, come specificato nell'avviso accluso al presente atto:

- per trasferimento, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a), i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria;
- per graduatoria, ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera b), i medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva, settore assistenza primaria, valevole per l'anno 2019, approvata con determinazione n. DPF015/71 del 13.12.2018 e pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018;
- ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera c), i medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 34, comma 13 dell'A.C.N., per il conferimento degli incarichi vacanti di assistenza primaria le percentuali di riserva sono determinate nel 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e nel 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente (art. 21 e ss. D. Lgs. n. 368 del 17.08.1999);

VISTE le comunicazioni delle Aziende USL recanti individuazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria, inviate alla Regione per la relativa pubblicazione sul BURAT:

- nota prot. 50964/19 del 08/03/2019, con allegato provvedimento n. 49 del 08/03/2019 dell'U.O.S.D. Direzione Amministrativa dei Distretti (Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila);
- nota prot. 15653/CH del 21/03/2019 (Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti);
- Deliberazione D.G. n° 357 del 21/03/2019 (Azienda USL Pescara);
- nota prot. 31233/19 del 22/03/2019 (Azienda USL Teramo);

RICHIAMATA la Determinazione di questo Servizio n° DPF015/20 del 26/03/2019, con cui si è proceduto alla predisposizione dell'avviso per l'assegnazione delle carenze, sulla base delle predette comunicazioni delle Aziende USL, Determinazione non ancora pubblicata nel BURAT;

VISTA la nota prot. n. 16531 U 19 CH in data 26/03/2019, pervenuta alle ore 15:36, con cui l'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti ha ritrasmesso la richiesta di pubblicazione degli ambiti vacanti, da cui risulta che nell'ambito territoriale NOD di Guardiagrele deve essere individuato un incarico con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Guardiagrele, a far data dal 22/04/2019, anzichè quello, già individuato con nota prot. 15653/CH del 21/03/2019, con obbligo di apertura nel Comune di Casalcontrada;

CONSIDERATO pertanto che deve provvedersi alla rettifica dell'avviso allegato alla citata Determinazione DPF015/20 del 26/03/2019, nel testo integrale di cui all'allegato 1) al presente provvedimento, rettificato solo limitatamente alla richiesta dell'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti di cui alla nota prot. n. 16531 U 19 CH in data 26/03/2019;

DATO ATTO che, per quanto sopra chiarito, si provvederà alla pubblicazione del presente provvedimento unitamente all'avviso come rettificato, che sostituisce integralmente quello di cui alla Determinazione DPF015/20 del 26/03/2019;

RITENUTO pertanto, di dover procedere alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati dalle singole Aziende UU.SS.LL. 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 i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art. 34, comma 4, A.C.N. alle singole Aziende UU.SS.LL., entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme ad uno degli schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, C o D), oltre - ove indicato nello schema di domanda - alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E;

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, dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i., gli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria individuati per l'anno 2019 dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo 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 i medici aspiranti al conferimento delle sedi dovranno presentare, ai sensi dell'art. 34, comma 4, A.C.N. 23.03.2005 e s.m.i., alle singole Aziende UU.SS.LL. presso cui insistono gli ambiti territoriali carenti, entro 20 giorni dalla pubblicazione nel BURA dell'Avviso allegato 1 al presente provvedimento, una domanda conforme ad uno degli schemi acclusi all'avviso, a seconda della categoria di appartenenza (A, B, C o D), oltre - ove indicato nello schema di domanda - alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato E.

Per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Angelo Muraglia

Segue Allegato

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/ 24 del 27 MAR. 2019.

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati per l'anno 2019 presso le Aziende U.U.S.S.L.L. della Regione Abruzzo. Art. 34 come modificato dall'art. 5 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018 e art 9 D.L. n.135/2018, convertito in L. n. 12/2019.

Ai sensi dell'art. 34, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati gli ambiti territoriali vacanti e quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante, risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti presentando **esclusivamente mediante raccomandata A.R.** domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando altresì l'allegato E.

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- a) **per trasferimento**, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1, ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti nel BURAT. In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea. Il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari d'incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

- b) **I medici inclusi nella graduatoria regionale – settore di assistenza primaria - valevole per l'anno 2019** pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 124 del 21 dicembre 2018.

Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 80 % a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 20 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- 1) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
- 2) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- 3) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

- c) **I medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, **i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo**, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 34, comma 17 (Avviso da pubblicare sul sito della SISAC), uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità del corso
- medici frequentanti la seconda annualità del corso
- medici frequentanti la prima annualità del corso

in attuazione dell'art. 34, commi 9 e 12, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze - nell'ambito territoriale carente.

L'avviso relativo alla data fissata per l'eventuale interpello sarà pubblicato sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e comunicato ai medici che hanno proposto domanda per gli ambiti residuati.

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata esclusivamente alle Aziende U.S.L., in relazione agli ambiti territoriali carenti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per assegnazione ambiti carenti di assistenza primaria".

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione all'albo aziendale.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 34, comma 13, vigente ACN, la Regione unificherà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale pubblicata sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all' art. 34 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi presso la Regione Abruzzo – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

A tal fine si indicano gli indirizzi PEC di riferimento:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'aquila	protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
Azienda USL Pescara	medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
Azienda USL Teramo	cast@pec.aslteramo.it

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa 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 per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

Zone carenti di assistenza primaria

n. zone carenti

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Area L'Aquila	6
Area L'Aquila (dal 6 luglio 2019)	1
Area Peligno – Sangrina (dal 1 aprile 2019)	1
Area Peligno – Sangrina (dal 14 agosto 2019)	1
Area Marsica	7
Area Marsica (dal 19 aprile 2019)	1
Area Marsica (dal 24 aprile 2019)	1
Area Marsica (dal 28 maggio 2019)	1
Area Marsica (dal 6 luglio 2019)	1

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI**Ambito territoriale NOD di Lanciano**

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Vito Chietino	2
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Lanciano (dal 28 ottobre 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Lanciano (dal 31 ottobre 2019)	1

Ambito territoriale NOD di Guardiagrele

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Fara Filiorum Petri	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ari	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Guardiagrele (dal 22 aprile 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Casacanditella (dal 6 luglio 2019)	1

Ambito territoriale NOD di Ortona

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Tollo	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ortona	2
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ortona (dal 7 novembre 2019)	1

Ambito territoriale NOD di Francavilla al Mare

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Torrevicchia Teatina	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Francavilla al Mare	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Giovanni Teatino	1

Ambito territoriale NOD di Chieti

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Chieti	1
--	---

Ambito territoriale NOD Sangro-Aventino

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Tornareccio	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Quadri (dal 15 agosto 2019)	1

Ambito territoriale NOD di Vasto

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Salvo	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Fresagrandinaria	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto	4
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto (dal 5 settembre 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto (dal 24 novembre 2019)	1

AZIENDA USL PESCARA

Ambito di Pescara	5
Ambito di Pescara dal 1 maggio 2019	1
Ambito di Pescara dal 1 luglio 2019	1
Ambito di Cepagatti – Città S. Angelo – Elice – Nocciano – Rosciano Pianella – Moscufo – Spoltore – Catignano - Civitaquana	4
Ambito territoriale di Penne – Farindola – Montebello di Bertona Picciano – Brittoli – Civitella Casanova – Vicoli – Villa Celiera Carpineto della Nora – Loreto Aprutino – Collecervino	1

AZIENDA USL TERAMO**DSB Teramo**

Ambito territoriale: Basciano – Campi – Canzano – Castellalto – Cortino Penna S. Andrea – Rocca Santa Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Teramo	3
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Teramo (dal 1 aprile 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nei Comuni di Rocca Santa Maria e Cortino	1

DSB Montorio al Vomano

Ambito territoriale: Castel Castagna – Castelli – Colledara – Crognaleto - Fano Adriano Isola del Gran Sasso – Montorio al Vomano – Pietracamela - Tossicia	
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Castelli (dal 30 giugno 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Colledara	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Isola del Gran Sasso	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Montorio al Vomano	1

DSB Val Vibrata

Ambito territoriale: Alba Adriatica, Ancarano, Civitella del Tronto, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Nereto, Sant'Egidio alla Vibrata, Sant'Omero, Torano Nuovo, Tortoreto	
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ancarano	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Controguerra	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Nereto	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Torano Nuovo	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Tortoreto	1

DSB Roseto degli Abruzzi

Ambito territoriale: Bellante – Giulianova – Morro d'Oro – Mosciano S. Angelo
Notaresco – Roseto degli Abruzzi

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Giulianova	2
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Notaresco	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Roseto degli Abruzzi	1

DSB Atri

Ambito territoriale: Arsita, Atri, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti,
Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Pineto, Silvi

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Castiglione Messer Raimondo (dal 28 luglio 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Atri (dal 6 maggio 2019)	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Pineto	1
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Silvi	1

per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
assente

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Angelo Muraglia

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) 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)**

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo € 16,00

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 5, lettera a) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 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:

AMBITO		con obbligo di apertura ¹	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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 _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

¹ da compilare indicando la sede dell'obbligo di apertura solo se previsto nel bando.

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 _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo € 16,00

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 2019 (BURAT Speciale n. 124 del 21/12/2018).

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lettera b), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, 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:

AMBITO		con obbligo di apertura ¹	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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 _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

¹da compilare indicando la sede dell'obbligo di apertura solo se previsto nel bando

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria – settore assistenza primaria – valevole per l'anno 2019 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2018) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di non essere titolare di incarico di assistenza primaria;
5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
6. precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
7. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;
8. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede, ai sensi dell'art. 34, commi 15, del vigente 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.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
4. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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 D)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo € 16,00

Al Direttore Generale
ASL _____

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

FA DOMANDA

- secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria della Regione Abruzzo qualora espletate **tutte** le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui al comma 17, uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimangano vacanti
- per gli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n..... del/...../2019, e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		con obbligo di apertura ¹	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

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 in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto.....; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

¹da compilare indicando la sede dell'obbligo di apertura solo se previsto nel bando

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di frequentare il.....(indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Abruzzo iniziato in data...../...../..... (gg/mm/aa);
4. di essere residente nel Comune di..... (Prov.) dal.....;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato – con avviso successivo da pubblicarsi sul Portale Sanità della Regione Abruzzo e con apposita comunicazione - qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 34, comma 17, uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale istituito presso la Regione Abruzzo.

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

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

Allegato E)

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) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- 3) fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
- 4) 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 _____
- 5) 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 _____
- 6) 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 _____
- 7) 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 _____
- 8) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
provincia _____ branca _____
periodo: dal _____
- 9) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
periodo: dal _____
- 10) 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)

- 11) 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 _____
- 12) 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 _____
- 13) 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) svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna) _____
 Periodo: dal _____
- 16) 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 _____

- 17) 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

6. Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 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

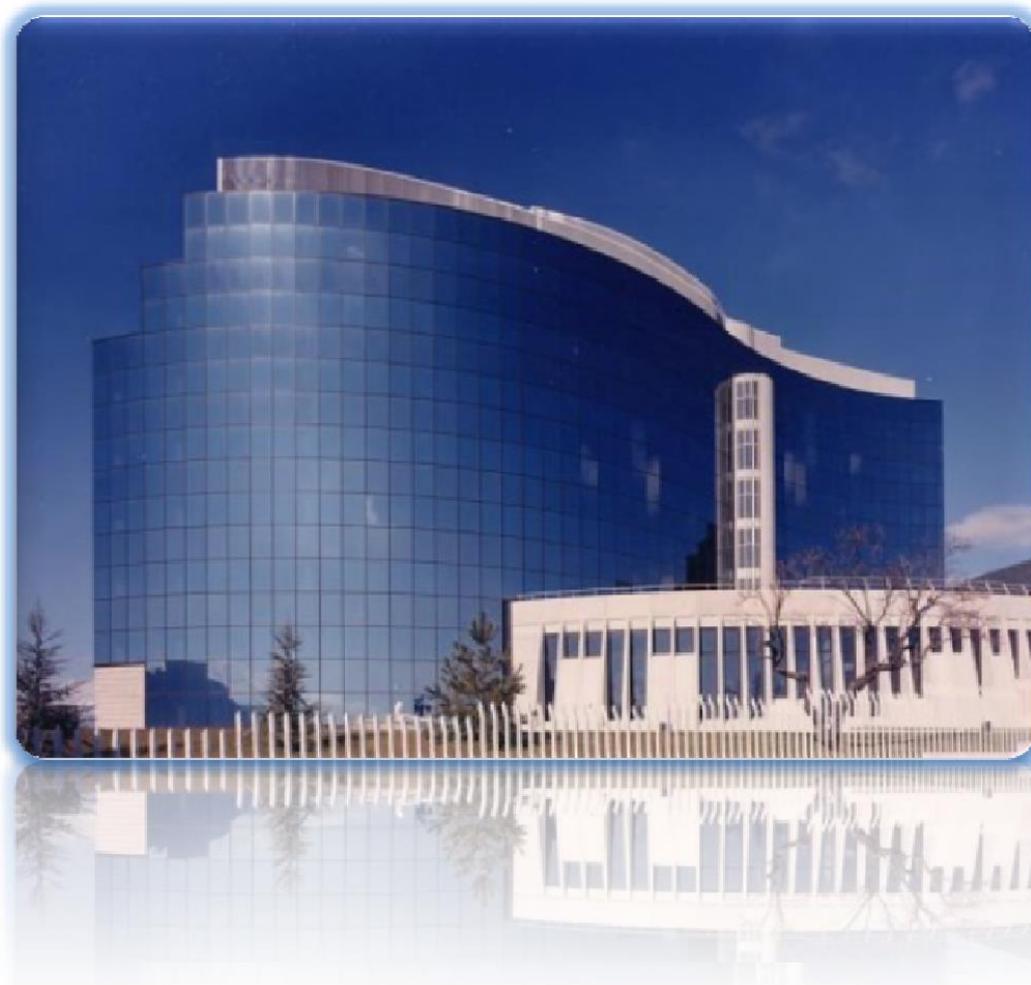
data _____

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