

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF020/33 del 6 aprile 2025.

Incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria individuati dalle Aziende USL della Regione Abruzzo per l'anno 2025, ai sensi dell'art. 34, comma 1, A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 4 aprile 2024.

Ai sensi dell'art. 34, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso é pubblicato l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno 2025 (per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante, risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza) individuati dalle Aziende USL della Regione sulla base dei criteri di cui all'art. 32, ACN.

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 vacanti presentando **esclusivamente mediante PEC** domanda di assegnazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D-E), compilando altresì l'allegato G (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato F (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

Nella domanda va riportato esclusivamente l'ambito territoriale per il quale si concorre senza indicare la data dalla quale l'incarico è disponibile; solo se previsto nel bando nella domanda occorre indicare il Comune o la zona in cui sussiste il vincolo alla apertura di uno studio.

Il vincolo si protrae per un periodo di due anni trascorso il quale il medico può chiedere all'Azienda di rimuoverlo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nel medesimo ambito territoriale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione Abruzzo e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico.

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

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 04 aprile 2024 (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, ACN. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale del calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di presentazione della domanda. 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 di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Ai sensi della norma transitoria n. 4, ACN, il medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di concomitante incarico a ciclo di scelta e ad attività oraria all'entrata in vigore dell'ACN, in caso di accettazione del trasferimento decade da tutti gli incarichi in essere, tenuto conto di quanto previsto all'articolo 34, comma 20.

La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025 pubblicata sul B.U.R.A.T. Speciale n. 209 del 29 novembre 2024.

Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva, calcolata a livello regionale, 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.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle suddette riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve, fatto salvo quanto sopra, e devono dichiarare nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

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

1. punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025;
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 di assegnazione degli incarichi.

I medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 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 pubblicato, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

d) I medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale non compresi nella lettera precedente.

I medici 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 pubblicato, nell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione.

e) I medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. a condizione esclusiva che stiano frequentando il Corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo;

f) I medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, a condizione esclusiva che stiano frequentando il Corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo;

I medici di cui alle lettere e) ed f) sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione. A tali medici può essere attribuito un incarico temporaneo con obbligo di apertura dello studio e progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, come stabilito nell'articolo 38, comma 9, ACN.

I medici saranno interpellati secondo il seguente ordine: lettera a), lettera b), sulla base delle percentuali di riserva indicate, lettere c), d), e) ed infine f).

Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, ed i relativi allegati indicati nella domanda stessa, devono essere spediti alle Aziende U.S.L. in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, esclusivamente a mezzo PEC, ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti
Azienda USL Pescara
Azienda USL Teramo

protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
cast@pec.aslteramo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: **DOMANDA INCARICHI AP 2025.**

La domanda può essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che

si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURAT.

La domanda e gli allegati, ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo **Allegato F**), e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il **codice numerico composto da 14 cifre** rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche sull'Albo Pretorio on line.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 34, comma 14, 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 interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata (PEC), la propria diponibilità all'accettazione indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. Qualora l'interessato abbia concorso per ambiti carenti rilevati da più di una Azienda USL, l'ordine di priorità per l'accettazione dovrà contenere tutte le sedi (delle diverse ASL) per le quali intende procedere all'accettazione, secondo la preferenza del candidato.

La PEC deve 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. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 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 e B” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM o che fruiscono dell’Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP).

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 assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA’ SANITARIE LOCALI
incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L’AQUILA

AREA L’AQUILA n. 19 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Barisciano
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Campotosto
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Cagnano Amiterno
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Capitignano
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Collepietro
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Fossa
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Lucoli
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Montereale
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pizzoli
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Prata D’Ansidonia
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Ocre
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Ofena
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di San Demetrio Né Vestini
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di San Benedetto in Perillis
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Villa Sant’Angelo
- n. 4 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di L’Aquila
(di cui 1 disponibile dal 01/04/2025, n. 1 dal 16/09/2025, n. 1 dal 17/09/2025, n. 1 dall’11 ottobre 2025)

AREA PELIGNO – SANGRINA n. 19 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Anversa degli Abruzzi
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Cocullo
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Goriano Sicoli
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Introdacqua
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Molina Aterno
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pescasseroli
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pratola Peligna
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Roccacasale
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Scanno
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Villalago
- n. 4 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Sulmona
(di cui n. 1 disponibile dal 20/05/2025, n. 1 dal 01/07/2025, n. 1 dal 21/09/2025 e n. 1 dal 01/11/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pratola Peligna dal 16/07/2025
- n. 2 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Castelvecchio Subequeo
(di cui 1 dal 22/08/2025 e n. 1 dal 14/11/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Raiano dal 01/11/2025
- n. 1 senza obbligo di apertura dal 15/07/2025

AREA MARSICA n. 20 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Balsorano,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Lecce dei Marsi,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Civitella Roveto,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Avezzano dal 07/05/2025,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Ortucchio dal 09/10/2025,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pescina dal 10/11/2025,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Tagliacozzo dal 01/12/2025,
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Scurcola Marsicana dal 10/12/2025,
- n. 12 senza obbligo di apertura
(di cui n. 1 disponibile dal 07/11/2025)

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di VASTO n. 12 incarichi, di cui:

- n. 4 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Vasto
(di cui n. 1 disponibile dal 02/08/2025 n. 1 dal 03/09/2025)
- n. 2 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di San Salvo
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Pollutri
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Casalbordino
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Cupello
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Fresagrandinaria
- n. 2 liberi nell'ambito

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di ALTO VASTESE n. 4 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Castiglione Messer Marino
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Roccaspinalveti
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Celenza sul Trigno
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Torrebruna

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di SANGRO AVENTINO n. 9 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Palena dal 28/08/2025
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Sant'Eusanio del Sangro
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Casoli
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Villa Santa Maria
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Atesa
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Colledimezzo
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Bomba
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Tornareccio
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Montazzoli

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di ORTONA n. 4 incarichi, di cui:

- n. 3 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Ortona
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Crecchio

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di GUARDIAGRELE n. 4 incarichi, di cui:

- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Bucchianico dal 30/12/2025
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Roccamontepiano
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Fara Filiorum Petri
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Rapino

AMBITO TERRITORIALE - Distretto di LANCIANO n. 20 incarichi, di cui:

- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Fossacesia
- n. **8** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Lanciano
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Frisa
- n. **2** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Castel Frentano
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Rocca San Giovanni
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Mozzagrogna
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di San Vito Chietino
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nel Comune di Santa Maria Imbaro
- n. **4** liberi nell'ambito

AZIENDA USL PESCARA

Ambito di Montesilvano, Cappelle sul Tavo

n. 3 incarichi di cui:

- n. **1** disponibile dal 14/06/2025 e n. **1** disponibile dal 01/10/2025

Ambito di Cepagatti, Città S. Angelo, Elice, Nocciano, Rosciano, Pianella, Moscufo, Spoltore, Catignano, Civitaquana

n. 5 incarichi, di cui:

- n. **1** disponibile dal 19/09/2025
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nella zona di Elice

Ambito di Penne, Brittoli, Carpineto della Nora, Civitella Casanova, Collecervino, Farindola, Montebello di Bertona, Picciano, Vicoli, Villa Celiera, Loreto Aprutino

n. 6 incarichi, di cui:

- n. **1** disponibile dal 27/06/2025
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nella zona di Carpineto della Nora - Vicoli - Brittoli
- n. **1** con obbligo di apertura dello studio nella zona di Civitella Casanova

Ambito di Popoli, Bolognano, Bussi sul Tirino, Castiglione a Casauria, Corvara, Pescosansonesco, Pietranico, Tocco da Casauria, Torre de' Passeri

n. 2 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nella zona di Corvara, Pescosansonesco, Pietranico
- n. 1 con obbligo di apertura dello studio nella zona di Bolognano e Castiglione a Casauria

AZIENDA USL TERAMO

DSS TERAMO

Ambito territoriale: Basciano, Campi, Canzano, Castellalto, Cortino, Penna S. Andrea, Rocca Santa Maria, Teramo, Torricella Sicura, Valle Castellana

n. 21 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Basciano
- n. 2 con obbligo di apertura nel Comune di Campi (di cui uno dal 27/04/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Canzano
- n. 2 con obbligo di apertura nel Comune di Castellalto (di cui uno dal 16/4/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura nei Comuni di Cortino e Rocca Santa Maria
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Penna Sant'Andrea dal 02/04/2025
- n. 3 con obbligo di apertura nel Comune di Teramo (dal 23/07, dal 24/08 e dal 04/09/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Torricella Sicura
- n. 9 senza obbligo di apertura

DSS MONTORIO AL VOMANO

Ambito territoriale: Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia

n. 4 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura nei Comuni di Crognaleto-Fano Adriano-Pietracamela
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Isola del Gran Sasso
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Montorio al Vomano dal 09/06/2025
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Tossicia

DSS VAL VIBRATA

Ambito territoriale: Alba Adriatica, Ancarano, Civitella del Tronto, Colonnella, Controguerra, Corropoli Martinsicuro, Nereto, Sant'Egidio alla Vibrata, Sant'Omero, Torano Nuovo, Tortoreto

n. 24 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Alba Adriatica
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Civitella del Tronto
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Colonnella dal 18/06/2025
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Corropoli
- n. 3 con obbligo di apertura nel Comune di Martinsicuro (di cui uno dal 23/04/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Nereto
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Sant'Egidio alla Vibrata

- n. 2 con obbligo di apertura nel Comune di Sant’Omero (dal 31/03/2025 e dal 17/5/2025)
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Tortoreto
- n. 12 senza obbligo di apertura

DSS ROSETO DEGLI ABRUZZI

Ambito territoriale: Bellante, Giulianova, Morro d’Oro, Mosciano Sant’Angelo, Notaresco, Roseto degli Abruzzi

n. 14 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Bellante dal 21/10/2025
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Giulianova
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Morro d’Oro
- n. 3 con obbligo di apertura nel Comune di Mosciano Sant’Angelo
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Notaresco
- n. 4 con obbligo di apertura nel Comune di Roseto degli Abruzzi (di cui uno dal 09/04/2025)
- n. 3 senza obbligo di apertura

DSS ATRI

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

n. 9 incarichi, di cui:

- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Arsita
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Atri
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Bisenti dal 22/06/2025
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Castiglione Messer Raimondo
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Castilenti
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Cermignano
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Montefino
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Pineto dall’8/06/2025
- n. 1 con obbligo di apertura nel Comune di Silvi dal 18/05/2025

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Barbara Morganti

(f.to digitalmente)

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
DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale
ASL _____

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

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 incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/2025, e segnatamente per i seguenti ambiti/DSB:

AMBITO		con obbligo di apertura¹	
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	

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

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);

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria:

a ciclo di scelta

presso l'Azienda USL di _____

_____ ambito territoriale _____

della Regione _____ dal _____

(a ciclo di scelta) dal _____ (ad attività oraria);

indicando di seguito eventuali periodi di sospensione dall'incarico:

dal _____ al _____;

dal _____ al _____;

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria a ciclo di scelta:

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

5. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria:

ad attività oraria

presso l'Azienda USL di _____

_____ ambito territoriale _____

della Regione _____ dal _____

(a ciclo di scelta) dal _____ (ad attività oraria);

indicando di seguito eventuali periodi di sospensione dall'incarico:

dal _____ al _____ ;

dal _____ al _____ ;

6. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria ad attività oraria:

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

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.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);
- 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

NB: in caso di servizi contemporanei, ai fini della determinazione dell'anzianità di incarico, ne verrà valutato uno solo.

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	

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

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 regionale valevole per l'anno 2025 con punti _____;
- di non essere titolare di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario;
- di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
- precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ (____);
dal _____ al _____ Comune di _____ (____);
dal _____ al _____ Comune di _____ (____);
- di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;
- 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 14, 15 e 16 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:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)

- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);

- 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

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	

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

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);
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:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);
- 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

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	

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

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

6. 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);

7. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

8. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;

9. di essere residente nel Comune di _____
(Prov. _____) dal _____;

10. 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:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);
- 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

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** ____/____/____ (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 partecipare quale medico di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;
- ovvero
- di partecipare quale medico di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, (*ammesso al Corso di formazione tramite graduatoria riservata senza borsa di studio*).

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);
- 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

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate telematicamente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità.

Allegato F)

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da annullare con data e firma</p>

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria individuati per l'anno 2025 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria individuati per l'anno 2025 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

Allegato G)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a 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" e "B" 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 medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 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 _____

_____ Tipo _____

di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14. 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 _____

15. 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 _____

16. 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 _____

15. 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: _____

16. 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 _____

17. essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore
sett. _____ Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza 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.

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.