

REGIONE PUGLIA SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Zone Carenti Straordinarie di PLS identificate nei comuni di Bari, Monopoli, Ceglie Messapica e Presicce.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 28\07\09 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I
MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

**PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 27 BIS AIR/2008**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI L.re Starita, 6 — 70123 BARI			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
BARI	BARI -ZONA SANTO SPIRITO	1 INCARICO	VERBALE CPR del 23/05/2016
62	MONOPOLI	1 INCARICO	VERBALE CPR del 23/05/2016

AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI V.a Napoli, 8 — 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
3	CEGLIE MESSAPICA	1 INCARICO	VERBALE CPR del 23/05/2016

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE Via Miglietta, 5 — 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
60	PRESICCE	1 INCARICO	VERBALE CPR del 23/05/2016

“Possono concorrere al conferimento dell’ incarico delle suddette zone carenti:

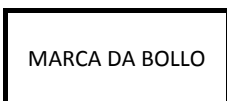
- a) I pediatri che risultano iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti, a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell’attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell’ambito del Servizio sanitario nazionale eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.
- b) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l’anno 2016.

Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Azienda Sanitaria Locale, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.”

La dirigente della Sezione
Dott.ssa Giovanna Labate

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
STRAORDINARI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
PER GRADUATORIA**

RACC A/R



SPET.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

IO SOTTOSCRITTO/A DOTT. /SSA _____, NATO/A A _____
PROV. _____ IL, C.F. _____, TEL. _____
, RESIDENTE NEL TERRITORIO DELLA REGIONE PUGLIA DAL _____, INSERITO/A
NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEFINITIVA DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO
AL POSTO N. _____ CON PUNTEGGIO _____, PUBBLICATA SUL BURP N. _____ DEL _____

FA DOMANDA

SECONDO QUANTO PREVISTO DALL'ART. 33, COMMA II, LETT. B) DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA MEDICINA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA DEL 29/07/2009, PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA, PUBBLICATI SUL BURP N. _____ DEL _____ E SEGNATAMENTE PER I SEGUENTI AMBITI:

AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:

DICHIARA AL FINE DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI CARENTI DI CUI AL COMMA II LETT. B) ACN 29/07/2009, DI AVER TITOLO DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO AGGIUNTIVO DI PUNTI 6 (SEI) IN QUANTO RESIDENTE NELL'AMBITO TERRITORIALE DICHIARATO CARENTE DI _____ FIN DA DUE ANNI ANTECEDENTI ALLA SCADENZA DEL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA REGIONALE E CHE MANTERRA' TALE REQUISITO SINO ALLA ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO

SI DAL

NO

DICHIARA AL FINE DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI CARENTI DI CUI AL COMMA II LETT. B) ACN 29/07/2009, DI AVER TITOLO DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO AGGIUNTIVO DI PUNTI 10 (DIECI) IN QUANTO RESIDENTE NELL'AMBITO DELLA REGIONE PUGLIA FIN DA DUE ANNI ANTECEDENTI ALLA SCADENZA DEL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA REGIONALE E CHE MANTERRA' TALE REQUISITO SINO ALLA ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO

SI DAL

NO

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (RESE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DELLA L. 445/00) ATTE A COMPROVARE IL DIRITTO A CONCORRERE AI SENSI DELL'ART. 33, COMMA II, LETT. B), ACN 29/07/2009.

ALLEGATI N.

CHIEDE CHE OGNI COMUNICAZIONE IN MERITO VENGA INDIRIZZATA PRESSO IL SEGUENTE INDIRIZZO:

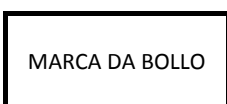
INDIRIZZO PEC CONFORME AL CAD 2005:

DATA:

FIRMA PER ESTESO

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
STRAORDINARI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
PER TRASFERIMENTO**

RACC A/R



SPET.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

IO SOTTOSCRITTO/A DOTT. /SSA _____, NATO/A A _____
PROV. _____ IL, C.F. _____, TEL. _____
, RESIDENTE NEL TERRITORIO DELLA REGIONE PUGLIA DAL _____, INSERITO/A
NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEFINITIVA DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO
AL POSTO N. _____ CON PUNTEGGIO _____, PUBBLICATA SUL BURP N. _____ DEL _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

SECONDO QUANTO PREVISTO DALL'ART. 33, COMMA II, LETT. B) DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA MEDICINA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA DEL 29/07/2009, PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA, PUBBLICATI SUL BURP N. _____ DEL _____ E SEGNATAMENTE PER I SEGUENTI AMBITI:

AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:
AMBITO DISTR. N.	ZONA CARENTE:	ASL:

DICHIARA AL FINE DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI CARENTI DI CUI AL COMMA II LETT. B) ACN 29/07/2009, DI RISULTARE GIA' ISCRITTO DA ALMENO 3 (TRE) ANNI IN UNO DEGLI ELENCHI DEI PEDIATRI CONVENZIONATI PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DELLA REGIONE PUGLIA E CHE AL MOMENTO DELL'ATRIBUZIONE DEL NUOVO INCARICO DICHIARA DI NON SVOLGERE ALTRE ATTIVITA' A QUALSIASI TITOLO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, ECCEZION FATTA PER L'ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

SI DAL

NO

DICHIARA AL FINE DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI CARENTI DI CUI AL COMMA II LETT. B) ACN 29/07/2009, DI RISULTARE GIA' ISCRITTO DA ALMENO 5 (CINQUE) ANNI IN UNO DEGLI ELENCHI DEI PEDIATRI CONVENZIONATI PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DI ALTRA REGIONE E CHE AL MOMENTO DELL'ATRIBUZIONE DEL NUOVO INCARICO DICHIARA DI NON SVOLGERE ALTRE ATTIVITA' A QUALSIASI TITOLO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, ECCEZION FATTA PER L'ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

SI DAL

NO

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA' (RESE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DELLA L. 445/00) ATTE A COMPROVARE IL DIRITTO A CONCORRERE AI SENSI DELL'ART. 33, COMMA II, LETT. A) e A1), ACN 29/07/2009 NONCHE' L'ANZIANITA' DI INCARICO DI ASSISTENZA PEDIATRICA .

ALLEGATI N.

CHIEDE CHE OGNI COMUNICAZIONE IN MERITO VENGA INDIRIZZATA PRESSO IL SEGUENTE INDIRIZZO:

INDIRIZZO PEC CONFORME AL CAD 2005:

DATA:

FIRMA PER ESTESO