

REGIONE PUGLIA SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE
Ore carenti di continuità assistenziale rilevate a marzo 2015.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 70031 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	SPINAZZOLA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	Delibera n. 1283 del 24/09/2015

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	CORATO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°522 del 14/04/2015
2	TERLIZZI	1 INCARICO a 24 ore	
3	MARIOTTO	1 INCARICO a 24 ore	
4	SANTERAMO IN COLLE	1 INCARICO a 24 ore	
10	TRIGGIANO	1 INCARICO a 24 ore	
12	MONOPOLI	1 INCARICO a 24 ore	
14	CASTELLANA GROTTA	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI Via Napoli n°8 72100 Brindisi				
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 786 del 09/05/16 (residuo sett. 14)	
3	SAN MICHELE Salentino	1 INCARICO a 24 ore		(residuo sett. 2014)
4	TORCHIAROLO	1 INCARICO a 24 ore		(residuo sett. 2014)
4	SANDONACI	1 INCARICO a 24 ore		(residuo sett. 2014)
4	LATIANO	1 INCARICO a 24 ore		(Rilevazione marzo 2015)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
53	CARPINO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera n.198de1 08/03/2016
54	MATTINATA	1 INCARICO a 24 ore	
53	CAGNANO VARANO	1 INCARICO a 24 ore	
55	ORTA NOVA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	
51	APRICENA	1 INCARICO a 24 ore	
51	SAN PAOLO CIVITATE	1 INCARICO a 24 ore	
53	PESCHICI	1 INCARICO a 24 ore	
53	VIESTE	1 INCARICO a 24 ore	
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO a 24 ore	
51	LESINA	1 INCARICO a 24 ore	
55	CERIGNOLA	1 INCARICO a 24 ore	
59	ASCOLI SATTRIANO	1 INCARICO a 24 ore	
58	ALBERONA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE LECCE			
Via Miglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
52	CARMIANO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 296 del 16/02/2016
52	TREPUZZI	1 INCARICO a 24 ore	
53	LEVERANO	1 INCARICO a 24 ore	
54	CALIMERA	1 INCARICO a 24 ore	
55	ARADEO	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	
56	GALLIPOLI	1 INCARICO a 24 ore	
57	OTRANTO	1 INCARICO a 24 ore	
59	PARABITA	1 INCARICO a 24 ore	
59	RUFFANO	1 INCARICO a 24 ore	
59	TAURISANO	1 INCARICO a 24 ore	
60	ALESSANO	1 INCARICO a 24 ore	
60	CASTRIGNANO DEL C.	1 INCARICO a 24 ore	
60	GAGLIANO DEL C.	1 INCARICO a 24 ore	
60	UGENTO	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO			
V.le Virgilio n° 31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	TARANTO(v.le Magna Grecia)	3 INCARICHI a 24 ore (totale 72)	Delibera N° 503 del 19/052015
7	SAVA	1 INCARICO a 24 ore	Nota n°58334 e11910412016 (residui sett.2014)

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalle AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 63 del Accordo collettivo nazionale di medicina generale del 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2015, approvata con determinazione dirigenziale **n.17** del 18/01/2016 e pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 15 (quindici) giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza in bollo, di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle Aziende Sanitarie Provinciali competenti territorialmente.

Allegato "A" domanda per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09. Allegato "B" domanda per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. b) ACN 29/07/09.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa

ai sensi dell'art. 47 della legge n. 445100, esente da bollo, con allegata copia fotostatica di un documento di identità, attestante l'esistenza di rapporto di lavoro dipendenti in atto alla data di presentazione della domanda, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in posizione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 8, dell'art. 17, ACN 29/07/09.

Per l'assegnazione delle carenze di continuità assistenziale mediante graduatoria regionale di medicina generale si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a) e b) , le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 67% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale D.L.vo n.256191 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368199 e di cui al D.L.vo n. 277/03;
- 2) Percentuale del 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 29/07/09, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 29/07/09. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

L'ISTRUTTORE
Sig. Pietro Lamanna

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dott. Vito Carbone

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dott.ssa Giovanna Labate

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. ___ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____, dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso

l'Azienda USL _____ di _____ per l'ambito distrettuale di _____ della Regione

_____ dal _____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale 29/07/09, per l'assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP N. _____

Del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (resa ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 63, comma 2 lett. a) dell'ACN 29/07/09 e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

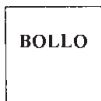
Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Data _____
_____ (firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità.

ALLEGATO "B"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _ F _ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. _____ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2015

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 5 del 21 gennaio 2016

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'ACN 29/07/09, di assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASLAASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASLAASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASLAASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASLAASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 dell' ACN 29/07/09, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e D.L.vo 277/03 (art.16 comma 7 lett. a, ACN 29/07/09);
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7 lett. b ACN 29/07/09).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Data _____ (firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità.