

Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi**Concorsi**

REGIONE PUGLIA SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Integrazione ore carenti di continuità assistenziale rilevate dalla ASL di Taranto a marzo 2015 ai sensi del comma 1, art.63. ACN 29/07/09.

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA\1 Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
7	AVETRANA	1 INCARICO a 24 ore	DEL. N°1558 del 26/10/2015

Tale pubblicazione si rende necessaria per integrare la pubblicazione delle ore carenti di continuità assistenziale già rilevate a MARZO 2015 e già pubblicate sul BURP n. 69 del 1610612016, dove per mero errore materiale non è stata indicata la sede di Avetrana. Resta inteso che la presente pubblicazione costituisce atto autonomo anche ai fini dei termini decadenziali per la presentazione della domanda.

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. 445\00, 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.256\91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368\99 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.

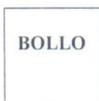
L'ISTRUTTORE
Sig. Pietro Lamanna

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Vito Carbone

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dot.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)**

BOLLO

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 _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

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 appreso 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.