

REGIONE PUGLIA SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Integrazione degli ambiti carenti di medicina generale rilevate dalla ASL di Lecce a marzo e settembre 2014 e modalità di assegnazione ai sensi dell'art. 34 ACN 29/07/2009 .

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
52	CAMPI SALENTINA	1 INCARICO	Nota 116700 del 14/07/16 (marzo2014)
53	LEVERANO	1 INCARICO	\\
53	NARDO	1 INCARICO	\\
55	SOLETO	1 INCARICO	\\
56	RACALE	1 INCARICO	\\
57	Castrignano-Cursi-Melpignano	1 INCARICO	\\
57	CORIGLIANO	1 INCARICO	\\
59	MATINO	1 INCARICO	\\
59	RUFFANO - SUPERSANO	1 INCARICO	\\

A seguito della comunicazione trasmessa dalla ASL LE con nota prot. n. 116700 del 14/07/2016, si rende necessaria integrare la pubblicazione degli ambiti carenti di assistenza primaria già rilevate a MARZO e SETTEMBRE 2014 e pubblicate sul BURP n. 69 del 16/06/2016, dove per mero errore materiale da parte della ASL LE non sono state rilevate le sedi come sopra riportate. 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 assistenza primaria suindicate è gestita dalla ASL Lecce, secondo le modalità previste dall'art 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 29/07/09".

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2014, approvata con determinazione dirigenziale n. 417 del 12/12/2014 è pubblicata sul BURP n. 175 del 24/12/2014.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15gg. (quindici) dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alla Asl di Lecce. I medici che hanno già presentato domanda in relazione alle carenze pubblicate sul BURP n. 69 del 16/06/2016, qualora interessati, possono fare domanda di integrazione senza apporre la marca da bollo.

Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 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 L. 445\00, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in situazione 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, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria 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.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, si comunica che gli incarichi carenti saranno assegnati in unica soluzione, per semestre, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche a tramite posta certificata. Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione. Gli eventuali incarichi già assegnati a cui non farà seguito l'apertura dello studio da convenzionarsi, nei termini di 90 gg previsti dall'art. 95 ACN vigente, vanno considerati come residui e ribaltati sulla rilevazione della annualità successiva.

La ASL di Lecce deve procedere a formulare la graduatoria ed assegnazione dei relativi incarichi comunque entro data del 29 settembre 2016.

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui (anno2014) dovranno essere tempestivamente comunicati non oltre il 31 gennaio 2017 all' Assessorato al Welfare Sezione PATP, per consentire la pubblicazione delle carenze marzo e settembre 2015.

In assenza di comunicazione si procederà d'ufficio a pubblicare le carenze relative all'anno 2015, così come già comunicato.

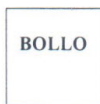
L'ISTRUTTORE
Sig. Pietro Lamanna

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Vito Carbone

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dott.ssa Giovanna Labate

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

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 _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____

per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. ___ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che 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 di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

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, pena esclusione.

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

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 _____ e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2014al posto n. ___ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 175 del 24/12/2014

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. ___ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 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 medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondente di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D. L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);

riserva per 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. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

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, pena esclusione.