
Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi

Concorsi

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ore carenti di continuità assistenziale rilevate a settembre 2015.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29/07/09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**PUBBLICAZIONE DELLE ORE CARENTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE RILEVATE AI SENSI DEL COMMA 1,
ART. 63, ACN 29/07/09 DALLE AZIENDE SANITARIE A SETTEMBRE 2015.**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 70031 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
1	San FERDINANDO di P.	1 INCARICO a 24 ore	Delibera n. 1590del 28/10/2015
4	BARLETTA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	
5	BISCEGLIE	1 INCARICO a 24 ore	
5	TRANI	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	carenze	DELIBERA
2	TERLIZZI	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1903del 05/11/2015
4	ALTAMURA	1 INCARICO a 24 ore	
4	GRAVINA	1 INCARICO a 24 ore	
EX 7	CARBONARA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	
12	CONVERSANO	1 INCARICO a 24 ore	
14	PUTIGNANO	1 INCARICO a 24 ore	
9	MODUGNO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1198del 27/06/2016

AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
		Nessuna carenza	Delibera N° 786 del 09/05/16

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
53	PESCHICI	1 INCARICO a 24 ore	Nota n 112376 del 30/12/2016

12	VIESTE	1 INCARICO a 24 ore
53	SERRACAPRIOLA	1 INCARICO a 24 ore
55	APRICENA	1 INCARICO a 24 ore
51	SAN PAOLO DI CIVITATE	1 INCARICO a 24 ore
51	CAGNANO VARANO	1 INCARICO a 24 ore
53	SAN MARCO IN LAMIS	1 INCARICO a 24 ore
53	CARPINO	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO a 24 ore
51	ORDONA	1 INCARICO a 24 ore
55	ZAPPONETA	1 INCARICO a 24 ore
59	VOLTURARA APPULA	1 INCARICO a 24 ore

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE LECCE Via Miglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
51	LIZZANELLO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 339 del 16/02/2016
51	SAN CESARIO di Lecce	1 INCARICO a 24 ore	
53	GALATONE	1 INCARICO a 24 ore	
54	CALIMERA	1 INCARICO a 24 ore	
54	MARTANO	1 INCARICO a 24 ore	
55	CUTROFIANO	1 INCARICO a 24 ore	
56	TAVIANO	1 INCARICO a 24 ore	
58	SANTA CESAREA	1 INCARICO a 24 ore	
60	GAGLIANO DEL C.	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO V.le Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
6	SAN GIORGIO JONICO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 2119 del 17/10/2016
7	LIZZANO	1 INCARICO a 24 ore	

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

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dr. Giovanni CAMPOBASSO

ALLEGATO "A"

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

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 _____, 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. _____

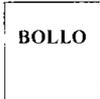
 Data _____

 (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 _____ 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 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.