
Concorsi

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Zone carenti di assistenza primaria rilevate a marzo e settembre 2015.

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI DEL Comma 1, ART. 34, ACN 29/07/09 DALLE AZIENDE SANITARIE A MARZO E SETTEMBRE 2015

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	ANDRIA	2 INCARICHI	Nota 66089 del 14/11/16 (residuo marzo 2013)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residui marzo 2013)
5	TRANI	1 INCARICO	(residui marzo 2013)
2	ANDRIA	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
5	TRANI	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
2	ANDRIA	3 INCARICHI	(residui marzo 2014)
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
5	TRANI	4 INCARICHI	(residui marzo 2014)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
2	ANDRIA	1 INCARICO	Delibera 2175 del 13/10/16 (marzo2015)
4	BARLETTA	2 INCARICHI	(marzo 2015)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	(marzo 2015)
5	TRANI	3 INCARICHI	(marzo 2015)
1	TRINITAPOLI	1 INCARICO	(settembre 2015)
2	ANDRIA	3 INCARICHI	(settembre 2015)
4	BARLETTA	2 INCARICHI	(settembre 2015)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	(settembre 2015)
TOTALE		33 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTR.	COMUNE	carenze	DELIBERA
64	PUTIGNANO	1 INCARICO	Nota 20473/2 del 30/01/17 (residuo settembre2011)
59	BITETTO	1 INCARICO	(residuo marzo2012)
55	CASSANO M.	1 INCARICO	(residuo marzo2012)
64	ALBEROBELLO	1 INCARICO	(residuo marzo2013)
64	CASTELLANA	1 INCARICO	(residuo marzo2013)
55	CASSANO M.	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
64	NOCI	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
63	TURI	1 INCARICO	(residuo settembre2013)
54	ALTAMURA	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
59	BITETTO	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
64	CASTELLANA	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
53	GIOVINAZZO	1 INCARICO	(residuo marzo2014)
63	Grumo-Binetto	1 INCARICO	(residuo marzo2014)
55	SANNICANDRO	1 INCARICO	(residuo marzo2014)
54	ALTAMURA	1 INCARICO	(residuo settembre2014)
60	ADELFA	1 INCARICO	Del.1520 del16/08/16 a rettifica della Del. 1865 del 03/11/15 (carenze marzo 2015)
54	ALTAMURA	1 INCARICO	(carenze marzo 2015)
63	CASAMASSIMA	2 INCARICHI	(carenze marzo 2015)
55	CASSANO M.	1 INCARICO	(carenze marzo 2015)
54	Gravina-Poggiorsini	1 INCARICO	(carenze marzo 2015)

59	MODUGNO	2 INCARICHI	\\	(carenze marzo 2015)
61	NOICATTARO	1 INCARICO	\\	(carenze marzo 2015)
51	PALO DEL C.	2 INCARICHI	\\	(carenze marzo 2015)
52	RUVO DI P.	1 INCARICO	\\	(carenze marzo 2015)
54	SANTERAMO	1 INCARICO	\\	(carenze marzo 2015)
51	BITONTO	1 INCARICO	Delibera 1813 del 17/10/2016	(carenze settembre 2015)
51	PALO DEL C.	1 INCARICO	\\	(carenze settembre 2015)
60	TRIGGIANO	1 INCARICO	\\	(carenze settembre 2015)
TOTALE		31 INCARICHI		

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR Via Napoli n°8 72100 Brindisi				
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
4	S.PIETRO Vernotico	1 INCARICO	Nota 7251 del 02/02/17	(residuo marzo 2011)
4	ERCHIE	1 INCARICO	\\	(residuo marzo 2013)
1	BRINDISI	1 INCARICO	Delibera 195 del 31/01/17	(carenza marzo 2015)
2	FASANO	1 INCARICO		(carenza marzo 2015)
3	S.MICHELE Salentino	1 INCARICO	\\	(carenza marzo 2015)
4	MESAGNE	1 INCARICO	\\	(carenza marzo 2015)
4	MESAGNE	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
TOTALE		7 INCARICHI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libert� n° 1 71100 Foggia				
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
54	MANFREDONIA	1 INCARICO	Nota 0119166 del 30/01/17	(residuo marzo 2013)
59	CASTELLUCCIO DEI S.	1 INCARICO	\\	(residuo settembre 2013)
51	SERRACAPRIOLA	1 INCARICO	\\	(residuo marzo 2014)
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO	\\	(residuo settembre 2014)
52	S.MARCO IN LAMIS	1 INCARICO	Delibera 93 del 02/02/17	(carenza marzo 2015)
53	ISCHITELLA	1 INCARICO	\\	(carenza marzo 2015)
55	CERIGNOLA	1 INCARICO	\\	(carenza marzo 2015)
60	FOGGIA	1 INCARICO	\\	(carenza marzo 2015)
51	SAN SEVERO	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
52	S.MARCO IN LAMIS	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
54	MANFREDONIA	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
55	STORNARA	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
TOTALE		12 INCARICHI		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE Via Maglietta n°5 73100 Lecce				
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
53	LEVERANO	1 INCARICO	Nota 6049 del 16/01/17	(residuo marzo 2014)
53	NARDO'	1 INCARICO	\\	(residuo marzo 2014)
52	CARMIANO	1 INCARICO	Del.291 del 31/01/17 a rettifica della Del. 155 del 25/01/17	(carenza marzo 2015)
56	TUGLIE	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
54	CALIMERA	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
TOTALE		5 INCARICHI		

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n°31 74100 Taranto				
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
7	MANDURIA	1 INCARICO	Nota 10969 del 23/01/17	(residuo marzo 2013)
UNICO	TARANTO - Solito Corvisea	1 INCARICO	\\	(residuo marzo 2014)
UNICO	TARANTO - San Vito Carelli	1 INCARICO	Delibera 569 del 30/03/16	(carenza settembre 2015)
UNICO	TARANTO-Italia Montegranaro	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)

7	AVETRANA	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
7	MANDURIA	1 INCARICO	\\	(carenza settembre 2015)
	TOTALE	6 INCARICHI		

N.B. Si da atto che la pubblicazione delle carenze anno 2015 è stata effettuata sulla base delle comunicazioni disposte dalle singole AA.SS.LL. anche in relazione ai residui anni precedenti, così come previsto dal bando pubblicato sul BURP N.69 del 16/06/2016.

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI 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 2015, approvata con determinazione dirigenziale n. 17 del 18/01/2016 è pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016.

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, distinta per ogni semestre -PENA ESCLUSIONE-, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti.

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 -PENA ESCLUSIONE- 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, 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.

Le AA.SS.LL. devono procedere a formulare le graduatorie *ed* assegnazione i relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

ASL BA 20 marzo 2017

ASL BR 21marzo 2017

ASL BT 22 marzo 2017

ASL FG 23 marzo 2017

ASL LE 24 marzo 2017

ASL TA 27 marzo2017

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui (anno2015) dovranno essere tempestivamente comunicati e comunque non oltre il 07 luglio2017 all' Assessorato al Welfare per consentire la pubblicazione delle carenze marzo e settembre 2016.

In assenza di comunicazione si procederà d'ufficio a pubblicare le carenze relative all'anno 2016, casi come già comunicato.

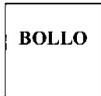
L'ISTRUTTORE
Sig. Pietro LAMANNA

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dott. Giovanni CAMPOBASSO

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (MARZO 2015)
(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 (MARZO 2015)
(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 2015

al posto n. ___ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 5 del 21/012016

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.

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (SETTEMBRE 2015)
(PER TRASFERIMENTO)**

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 _____ 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 (SETTEMBRE 2015)
(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 2015al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 5 del 21/012016

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.