

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria rilevate a marzo e settembre 2016.**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29107\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 2016**

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BT</b> Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
<b>DISTR.</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>DELIBERA</b>
2	ANDRIA	6 INCARICHI	Delibera 731 del 07/04/16 (carenze marzo 2016)
3	MINERVINO MURGE	1 INCARICO	\\
4	BARLETTA	4 INCARICHI	\\
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	\\
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO	Delibera 2448 del 17/11/16 (carenze settembre 2016)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	\\
5	TRANI	1 INCARICO	\\
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	Nota n. 42577 del 10/07/17 (residuo settembre 2013)
2	ANDRIA	2 INCARICHI	(residui marzo 2014)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	\\
5	TRANI	4 INCARICHI	\\
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
2	ANDRIA	1 INCARICO	(residui marzo 2015)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	\\
5	TRANI	3 INCARICHI	\\
2	ANDRIA	3 INCARICHI	(residui settembre 2015)
4	BARLETTA	1 INCARICO	\\
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	\\
	<b>TOTALE</b>	<b>38 INCARICHI</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI</b> Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
<b>DISTR.</b>	<b>COMUNE</b>	<b>carenze</b>	<b>DELIBERA</b>
55	ACOUAVIVA Delle F.	2 INCARICHI	Del.354 de122/02/17 (carenze marzo 2016)
UNICO	BARI (Municipio 3)	4 INCARICHI	\\
UNICO	BARI (Municipio 4)	2 INCARICHI	\\
59	BITETTO	1 INCARICO	\\
51	BITONTO(Palombaio)	1 INCARICO	\\
60	CAPURSO-CELLAMMARE	1 INCARICO	\\
52	CORATO	1 INCARICO	\\
63	GIOIA DEL C.	1 INCARICO	\\

sa	GRAVINA-POGGIORSINI	2 INCARICHI	\\
59	MODUGNO	1 INCARICO	\\
64	PUTIGNANO	1 INCARICO	\\
52	TERLIZZI	2 INCARICHI	\\
54	ALTAMURA	3 INCARICHI	(carenze settembre 2016)
UNICO	BARI (Municipio 3)	2 INCARICHI	\\
UNICO	BARI (Municipio 4)	1 INCARICO	\\
UNICO	BARI (Municipio 5)	1 INCARICO	\\
60	CAPURSO-CELLAMMARE	1 INCARICO	\\
52	CORATO	1 INCARICO	\\
63	GIOIA DEL C.	1 INCARICO	\\
64	PUTIGNANO	1 INCARICO	\\
60	TRIGGIANO	1 INCARICO	\\
53	MOLFETTA	1 INCARICO	Nota n.168423/2 del 19/07/17 (residuo marzo 2012)
64	ALBEROBELLO	1 INCARICO	(residui marzo 2013)
64	C APELLANA	1 INCARICO	\\
64	NOCI	1 INCARICO	(residuo settembre 2013)
59	BITETTO	1 INCARICO	(residui marzo 2014)
55	GRUMO-BINETTO	1 INCARICO	\\
54	ALTAMURA	1 INCARICO	(residui marzo 2015)
51	PALO DEL COLLE	1 INCARICO	\\
	<b>TOTALE</b>	<b>39 INCARICHI</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR</b>			
Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
<b>DISTR</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>DELIBERA</b>
2	CISTERNINO	1 INCARICO	Delibera 469 del 16/03/17 (carenze marzo 2016)
	CAROVIGNO	1 INCARICO	\\
4	SAN PANCRAZIO Salentino	1 INCARICO	\\
4	SAN DONACI	2 INCARICHI	\\
4	MESAGNE	1 INCARICO	\\
4	TORRE SANTA SUSANNA	1 INCARICO	\\
1	BRINDISI	1 INCARICO	(carenze settembre 2016)
2	OSTUNI	2 INCARICHI	\\
3	CAROVIGNO	1 INCARICO	\\
4	LATIANO	1 INCARICO	\\
4	ERCHIE	1 INCARICO	Nota n. 49338 del 06/07/17 (residuo marzo 2013)
	<b>TOTALE</b>	<b>13 INCARICHI</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA</b> Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
51	SAN SEVERO	2 INCARICHI	Delibera 781 del 30/06/17 (carenze marzo 2016)
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO	\\
53	VIESTE	1 INCARICO	\\
54	MANFREDONIA	1 INCARICO	\\
55	CERIGNOLA	1 INCARICO	\\
55	ORDONA	1 INCARICO	\\
60	FOGGIA	3 INCARICHI	\\
52	SAN GIOVANNI R.	INCARICO	(carenze settembre 2016)
"	MANFREDONIA	1 INCARICO	\\
55	STORNARELLA	1 INCARICO	\\
55	CERIGNOLA	1 INCARICO	Delibera 823 del 04/07/1 (carenza settembre 2016)
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO	Nota n. 161216 del 04/07/17 (residuo marzo 2015)
	<b>TOTALE</b>	<b>15 INCARICHI</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE</b> Via Maglietta n° 5 73100 Lecce			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
54	ZOLLINO	1 INCARICO	Delibera 1608 del 05107/17 (carenze marzo 2016)
56	MELISSANO	1 INCARICO	\\
52	NOVOLI	1 INCARICO	(carenze settembre 2016)
57	CANNOLE	1 INCARICO	\\
53	NARDO	1 INCARICO	Nota n. 101229 del 21/06/17 (residuo marzo 2014)
	<b>TOTALE</b>	<b>5 INCARICHI</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE TA</b> Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
1	GINOSA	1 INCARICO	Delibera 799 del 05104/17 (carenze marzo 2016)
1	LATERZA	1 INCARICO	\\
2	PALAGIANELLO	INCARICO	\\
2	MASSAFRA	2 INCARICHI	\\
2	MOTTOLA	1 INCARICO	\\
2	PALAGIANO	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(Paolo VI)	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(Tamburi)	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(Borgo)	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(Solito-Carvisea)	2 INCARICHI	\\
UNICO	TARANTO(Salinella)	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(Talsano-zona Tramontone)	1 INCARICO	\\

UNICO	TARANTO(San Vito-Carelli)	1 INCARICO	\\
5	CRISPIANO	1 INCARICO	\\
5	MARTINA F.	2 INCARICHI	\\
6	LEPORANO	1 INCARICO	\\
6	SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE	1 INCARICO	\\
7	FRAGAGNANO	1 INCARICO	\\
7	LIZZANO	1 INCARICO	\\
7	3° Aggregazione (Maruggio-Torricella)	1 INCARICO	\\
7	SAVA	1 INCARICO	\\
1	CASTELLANETA	1 INCARICO	(carenze settembre 2016)
1	G1NOSA	1 INCARICO	\\
2	MASSAFRA	1 INCARICO	\\
2	MOTTOLA	1 INCARICO	\\
2	PALAGIANO	1 INCARICO	\\
UNICO	TARANTO(San Vito-Carelli)	1 INCARICO	\\
5	MARTINA F.	2 INCARICHI	\\
7	MANDURIA	1 INCARICO	\\
7	SAVA	2 INCARICHI	\\
1	GIN OSA	1 INCARICO	Nota n. 99455 del 14/06/17 (residuo settembre 2012)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(residui marzo 2014)
2	STATTE	1 INCARICO	\\
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
7	MANDURIA	1 INCARICO	(residui marzo 2013)
7	MANDURIA	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
	<b>TOTALE</b>	<b>41 INCARICHI</b>	

N.B. Si da atto che la pubblicazione delle carenze anno 2016 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.18 del 09/02/2017.

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 2016, approvata con determinazione dirigenziale n. 104 del 02/12/2016 è pubblicata sul BURP n. 140 del 07/12/2016.

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, indirizzandole alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2016.

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

Allegato "13" 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 dei relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

ASL BA	09 ottobre 2017
ASL BR	10 ottobre 2017
ASL BT	11 ottobre 2017
ASL FG	12 ottobre 2017
ASL LE	13 ottobre 2017
ASL TA	16 ottobre 2017

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui (anno 2016) dovranno essere tempestivamente comunicati e comunque non oltre il 22 gennaio 2018 all' Assessorato al Welfare per consentire la pubblicazione delle carenze marzo e settembre 2017.

In assenza di comunicazione si procederà d'ufficio a pubblicare le carenze relative all'anno 2017, così come già comunicato.

L'Istruttore  
Pietro Lamanna

Il Responsabile del Procedimento  
Dr. Vito Carbone

Il dirigente del Servizio  
Dr. Giuseppe Lella

Il Dirigente della Sezione  
Dr. Giovanni Campobasso

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA (MARZO 2016)  
(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 (MARZO 2016)  
(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 2016

al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## 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 2016)  
(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 2016)  
(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 2016

al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## 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.