

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Rettifica zone carenti pubblicate sul Burp n. 40 del 22/03/18.

Sul BURP n° 40 del 22/03/2018, sono state pubblicate le zone carenti di assistenza primaria rilevate a marzo e settembre 2017, sulla base delle comunicazioni inviate dalle singole AA.SS.LL.

Dopo la pubblicazione la ASL TA ha trasmesso la deliberazione n° 679 del 03/04/18, con la quale disponeva la rettifica della delibera n° 2676 del 16.11.17, motivando la mancata rilevazione di una zona carente e precisamente nel distretto unico di Taranto (zona Solito-Corvisea) rilevata a marzo 2017 in aggiunta a quella già rilevata nell'aggregazione dei comuni di Faggiano, Monteparano e Roccaforzata rilevata a settembre 2017, con l'obbligo dell'apertura dello studio nel comune di Faggiano.

Inoltre con la stessa deliberazione venivano indicate altre due zone carenti nel comune di Martina Franca di cui una rilevata a marzo 2017 e una a settembre 2017.

Successivamente in data 05.04.18 con nota 63329, le cui determinazioni formeranno oggetto di successivo provvedimento, con la quale la stessa ASL, comunicava la soppressione delle due zone carenti erroneamente rilevate a marzo 2017 nel comune di Laterza e confermando due zone carenti nel comune Martina Franca.

Pertanto, sulla scorta di quanto comunicato dalla ASL TA, si dispone la rettifica, limitatamente, a quanto riportato a pagina 19694 del Burp n° 40 del 22/03/18, che deve intendersi modificata nei termini di seguito riportata e contestuale cancellazione delle zone carenti nel comune di Laterza.

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 alla ASL di Taranto. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2017.

I medici che hanno già presentato domanda, potranno eventualmente integrare la domanda formulando istanza in carta semplice, fermo restando il calendario di assegnazione già pubblicate sul BURP n° 40 del 22/03/18.

L'ISTRUTTORE

(Sig. Pietro LAMANNA)

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

(Dr. Giuseppe LELLA)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

(Dr. Giovanni CAMPOBASSO)

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	MASSAFRA	1 INCARICO	Delibera n. 679 del 03/04/18 (carenze marzo 2017)
UNICO	TARANTO(zona Solito-Corvisea)	1 INCARICO	
UNICO	TARANTO(zona tre Carrare-Solito)	1 INCARICO	
5	MARTINA FRANCA	1 INCARICO	
7	AVETRANA	1 INCARICO	
7	MANDURIA	1 INCARICO	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(carenze settembre 2017)
2	STATTE	1 INCARICO	
5	MARTINA FRANCA	1 INCARICO	
6	CAROSINO	1 INCARICO	
6	Faggiano-Monteparano-Roccaforzata(2° Aggregaz.)*	1 INCARICO	
6	GROTTAGLIE	3 INCARICHI	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	Nota n. 15957 del 25/01/18 (residui marzo 2014)
2	STATTE	1 INCARICO	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	GINOSA	1 INCARICO	(residui marzo 2016)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	
2	PALAGIANO	1 INCARICO	
6	Maruggio-Torricella (3° Aggregazione)	1 INCARICO	
7	FRAGAGNANO	1 INCARICO	
1	GINOSA	1 INCARICO	(residui settembre 2016)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	
2	MOTTOLA	1 INCARICO	
2	PALAGIANO	1 INCARICO	
7	MANDURIA	1 INCARICO	
7	SAVA	1 INCARICO	
TOTALE		28 INCARICHI	

*N.B. 2° aggregazione, comuni di Faggiano-Monteparano-Roccaforzata, l'avente titolo deve aprire lo studio convenzionato nel comune di Faggiano, fermo restando che dovrà garantire l'assistenza anche domiciliare, a tutti i residenti dell'aggregazione.

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (MARZO 2017)
(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/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

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 2017)
(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 2017

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017

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/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

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 2017)
(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 2017)
(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 2017al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017

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.