

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Ambiti carenti di medicina pediatrica.****ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA****PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI  
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 27 BIS AIR/2008**

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI</b> Lungomare Starita n.6 - 70126 Bari			
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>PROVVEDIMENTO</b>
	BARI - MUNICIPIO 5	1 INCARICO	VERBALE CPR del 11/04/2018
09	MODUGNO	1 INCARICO	VERBALE CPR del 11/04/2018

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA</b> Viale Fortore 121- 71121 Foggia			
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>PROVVEDIMENTO</b>
58	BICCARI - ALBERONA - ROSETO VALFOTORE *	1 INCARICO	VERBALE CPR del 11/04/2018
55	CARAPELLE	1 INCARICO	VERBALE CPR del 11/04/2018

Ai sensi dell'art.33 ACN 29.07.2009, possono concorrere al conferimento dell'incarico delle suddette zone carenti straordinarie:

- a) I pediatri che risultano iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti, a condizione che risultino iscritti da almeno 3 (tre) anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.
- b) I pediatri che risultano già inseriti in un altro elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno 5 (cinque) anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.
- c) I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2018.

Si precisa che il calcolo del requisito dell'anzianità (3 o 5 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (11.04.2018)

Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Azienda Sanitaria Locale apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

La graduazione delle domande degli aspiranti sarà effettuata in conformità ai criteri di cui all'art.33 ACN.

\*con l'obbligo per il pediatra incaricato di aprire lo studio nel Comune di Biccari e garantire l'assistenza anche nei comuni di Alberona e Roseto Valfortore.

Il Dirigente del Servizio  
dott. Giuseppe LELLA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA  
(PER GRADUATORIA)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO
----------------

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, residente nel territorio della Regione Puglia dal \_\_\_\_\_, inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valevole per l'anno \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_, pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma II, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma II lett.b) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di \_\_\_\_\_ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di essere residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma II lett.b) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatori regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di essere residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33,comma II, lett.B, ACN 29/07/2009

Allegati n.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC : \_\_\_\_\_

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA  
(PER TRASFERIMENTO)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO
----------------

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_ il \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, residente nel territorio della Regione Puglia dal \_\_\_\_\_, inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valevole per l'anno \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_, pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma II, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

<b>Ambito distrettuale n. _____</b>	<b>Zona carente: _____</b>	<b>ASL</b>
<b>Ambito distrettuale n. _____</b>	<b>Zona carente: _____</b>	<b>ASL</b>
<b>Ambito distrettuale n. _____</b>	<b>Zona carente: _____</b>	<b>ASL</b>
<b>Ambito distrettuale n. _____</b>	<b>Zona carente: _____</b>	<b>ASL</b>

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma II lett. A) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 3 (tre) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Puglia e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico dichiara di non svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per l'attività di continuità assistenziale

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma II lett. A1) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 5 (cinque) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico dichiara di non svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per l'attività di continuità assistenziale

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33,comma II, lett. A e A1 ACN 29/07/2009 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica

Allegati n.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC : \_\_\_\_\_

data:

firma per esteso