

Concorsi

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIA E GOVERNO DELL'OFFERTA

Pubblicazione straordinaria ore carenti di continuità assistenziale rilevate dalla ASL FG a Marzo 2017.**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29/07/09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA DELLE ORE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE RILEVATE AI SENSI
DEL COMMA 1, ART. 63, ACN 29/07/09 DALLA ASL FOGGIA A MARZO 2017, AL FINE DI ALLINEARE LA ASL
FG ALLE ALTRE AA.SS.LL.**

AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA				
Piazza Libertà 1 71100 Foggia				
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA	
55	CARAPELLE	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 1248 del 22/08/2018	
51	SAN SEVERO	1 INCARICO a 24 ore		
58	ROSETO VALFORTORE	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)		
53	PESCHICI	1 INCARICO a 24 ore		
59	TROIA	1 INCARICO a 24 ore		
54	MATTINATA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)		
51	SERRACAPRIOLA	1 INCARICO a 24 ore		
53	CARPINO	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)		
51	APRICENA	1 INCARICO a 24 ore		
51	TORREMAGGIORE	1 INCARICO a 24 ore		
53	VIESTE	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)		
53	CAGNANO VARANO	1 INCARICO a 24 ore		
51	SAN PAOLO CIVITATE	1 INCARICO a 24 ore		
55	ORTA NOVA	1 INCARICO a 24 ore		
55	STRORNARELLA	1 INCARICO a 24 ore		
59	CASTELLUCCIO DEI SAURI	1 INCARICO a 24 ore		
55	CERIGNOLA	1 INCARICO a 24 ore		
59	BOVINO	1 INCARICO a 24 ore		
TOTALE ORE 528				

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalla asl di Foggia, 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 2017, approvata con determinazione dirigenziale n.117 del 22/05/2017 e pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017.

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)

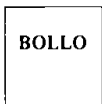
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito Carbone)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Giuseppe LELLA)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dr. Giovanni CAMPOBASSO)

ALLEGATO "A"

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



Alla ASL di FOGGIA

Piazza LIBERTA' 1

71100 FOGGIA

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)**

BOLLO

Alla ASL di FOGGIA

Piazza LIBERTA' 1

71100 FOGGIA

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 2017

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

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 _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL _____

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:

cio _____ 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.