

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIA E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ore carenti di continuità assistenziale rilevate a settembre 2017.**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29/07/09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DELLE ORE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE RILEVATE AI SENSI
DEL COMMA 1, ART. 63, ACN 29/07/09 DALLE AZIENDE SANITARIE A SETTEMBRE 2017.**

| AZIENDA SANITARIA LOCALE BT | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|
| Via Fornaci n° 201 70031 Andria | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 1 | MARGHERITA DI SAVOIA | 1 INCARICO a 24 ore | Delibera n.2314del 26/10/2017 |
| 2 | ANDRIA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 3 | CANOSA DI PUGLIA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 5 | BISCEGLIE | 2 INCARICHI a 24 ore | |
| 5 | TRANI | 1 INCARICO a 24 ore | |
| TOTALE 144 ORE | | | |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BARI | | | |
|---|--------------|----------------------|-------------------------------|
| Lungomare Starita n°6 70123 Bari | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | carenze | DELIBERA |
| 2 | CORATO | 2 INCARICHI a 24 ore | Delibera N°1749del 03/10/2017 |
| 12 | MONOPOLI | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 4 | POGGIORSINI | 2 INCARICHI a 24 ore | |
| 4 | ALTAMURA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 14 | ALBEROBELLO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 9 | BITETTO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 5 | GRUMO APPULA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 11 | MOLA DI BARI | 1 INCARICO a 24 ore | |
| DIS. BARI | BARI JAPIGIA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| TOTALE ORE 264 | | | |

| AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI | | | |
|--|-----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Via Napoli n°8 72100 Brindisi | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 1 | SAN VITO DEI NORMANNI | 2 INCARICHI a 24 ore | Delibera N° 333 del 19/02/2018 |
| 3 | CEGLIE MESSAPICA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| TOTALE ORE 72 | | | |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE FOGGIA | | | |
|---|----------|---------------------|---------------------------------|
| Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 58 | LUCERA | 1 INCARICO a 24 ore | Delibera N° 1413 del 02/10/2018 |
| 55 | STORNARA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 58 | ALBERONA | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 55 | ORDONA | 1 INCARICO a 24 ore | |

| | | |
|----|----------------------|-----------------------|
| 59 | ORSARA DI PUGLIA | 1 INCARICO a 24 ore |
| 58 | VOLTURARA APPULA | 1 INCARICO a 24 ore |
| 58 | BICCARI | 1 INCARICO a 24 ore |
| 59 | ASCOLI SATRIANO | 1 INCARICO a 24 ore |
| 55 | CERIGNOLA | 1 INCARICO a 24 ore |
| 53 | VIESTE | 1 INCARICO a 24 ore |
| 59 | SANT'AGATA DI PUGLIA | 1 INCARICO a 24 ore |
| | | TOTALE ORE 264 |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE LECCE | | | |
|--|----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Via Miglietta n°5 73100 Lecce | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 52 | CARMIANO | 1 INCARICO a 24 ore | Delibera N° 362 del 05/03/2018 |
| 55 | ARADEO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 55 | CUTROFIANO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 56 | TAVIANO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 57 | CORIGLIANO D'OTRANTO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 58 | CASTRO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 59 | RUFFANO | 2 INCARICHI a 24 ore | |
| 59 | MATINO | 2 INCARICHI a 24 ore | |
| | | TOTALE ORE 240 | |

| AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| V.le Virgilio n° 31 74100 Taranto | | | |
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| UNICO | TARANTO viale Magna Grecia | 2 INCARICHI a 24 ore | Delibera N°303 del 09/02/2018 |
| UNICO | TARANTO Paolo VI | 1 INCARICO a 24 ore | |
| 6 | SanMarzano di San Giuseppe | 2 INCARICHI a 24 ore | |
| 7 | MARUGGIO | 1 INCARICO a 24 ore | |
| | | TOTALE ORE 144 | |

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalle AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI 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)**

| |
|-------|
| BOLLO |
|-------|

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

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 _____ 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:

e/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

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

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 _____ 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/ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL/ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL/ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL/ASP _____

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:

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.