

**Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi****Concorsi**

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Ambiti territoriali carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) rilevate a settembre 2016.****ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29/07/2009 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI  
DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118)  
RILEVATE AI SENSI DEL COMMA 3, ART. 92, ACN 29/07/2009 DALLE AZIENDE SANITARIE A SETTEMBRE 2016.  
INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI.**

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BT</b> Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1 INCARICO	Nota n. 65530 del 30/10/18 (residuo marzo 2016)
2	TRANI	2 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
3	CANOSA DI PUGLIA	2 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
3	MINERVINO MURGE	4 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
		<b>NESSUNA CARENZA</b>	Delibera n. 1839 del 08/09/16(carenze settembre 2016)

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI</b> Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
6	MODUGNO	1 INCARICO	Delibera n. 1751 del 03/10/17(carenze settembre 2016)
5	BARI Piazza Moro	1 INCARICO	
6	BITONTO	1 INCARICO	

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE BR11</b> Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
1	CISTERNINO	2 INCARICHI	Nota n.75438 del 06/11/18 (residuo marzo 2016)
1	CEGLIE MESSAPICA	5 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
1	FASANO	4 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
1	OSTUNI	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
2	MESAGNE	4 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
2	S.PIETRO VERNOTICO	5 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
2	BRINDISI	1 INCARICO	Delibera n.1702 del 02/10/17(carenza settembre 2016)
2	S.PIETRO VERNOTICO	1 INCARICO	(carenza settembre 2016)

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA</b> Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
1	VOLTURINO	1 INCARICO	Nota n. 85397 del 08/11/18 (residuo settembre 2015)
4	CERIGNOLA	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
8	VICO DEL GARGANO	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)

8	RODI GARGANICO	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
9	PESCHICI	4 INCARICHI	(residuo settembre 2015)
10	ZAPPONETA	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
7	SAN NICANDRO GARGANICO	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
9	VIESTE	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
1	VOLTURINO	2 INCARICHI	Delibera n.1325 del 11/11/16 (carenza settembre 2016)
4	ORTA NOVA	1 INCARICO	(carenza settembre 2016)
6	TORREMAGGIORE	1 INCARICO	(carenza settembre 2016)

### AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE

Via Maglietta n°5 73100 Lecce

AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
1	CAMPI SALENTINA	2 INCARICHI	Nota n. 156040 del 08/11/18 (residui marzo 2016)
4	OTRANTO	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
3	GALATINA	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
1	COPERTINO	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
1	CAMPI SALENTINA	1 INCARICO	(carenza settembre 2016)

### AZIENDA SANITARIA LOCALE TA1

Viale Virgilio n°31 74100 Taranto

AREA	POSTAZIONE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
2	TARANTO NORD	1 INCARICO	Delibera n.1062 del 27/09/18 (residuo settembre 2012)
2	TARANTO SUD	1 INCARICO	(residuo settembre 2012)
2	TALSANO	5 INCARICHI	(residui settembre 2012)
2	CRISPIANO	3 INCARICHI	(residui settembre 2012)
3	TORRICELLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2013)
3	PULSANO	1 INCARICO	(carenza settembre 2013)
1	CASTELLANETA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	LATERZA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	MOTTOLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2015)
3	MANDURIA	1 INCARICO	(residuo marzo 2015)
3	TORRICELLA	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
1	MOTTOLA	2 INCARICHI	(residui settembre 2015)
1	GINOSA	3 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	TARANTO CENTRO	3 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	TARANTO SUD	1 INCARICO	(residuo marzo 2016)
1	CASTELLANETA	1 INCARICO	Delibera n.1824 del 08/08/17 (carenza settembre 2016)
3	PULSANO	1 INCARICO	(carenza settembre 2016)

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicate è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2016, approvata con determinazione dirigenziale n. 104 del 02/12/2016 e pubblicata sul BURP n. 140 del 07/12/2016.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento del possesso del requisito per la formulazione delle graduatorie aziendali di cui discendono gli incarichi di Medicina Generale è la data di rilevazione delle carenze.

**Possono concorrere al con ferimento degli incarichi vacanti, secondo l'ordine di priorità di seguito riportato:**

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
- b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06.
- e) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 L.R. n° 7 del 28/03/12.

**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 di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AA.UU.SS.LL. competenti. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.**

- **Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui all'art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 29/07/09.**
- **Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all'art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 29/07/09.**
- **Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3) di cui alla L.R. n°26 del 09/08/06).**
- **Allegato "D" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1) di cui alla L.R. n°7 del 28/03/12, e comunque in servizio alla data del 31/3/2012, su postazioni individuate dalla DGR/2488 del 15/12/2009.**

**In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, attestante le eventuali situazioni di incompatibilità che in ogni caso devono essere rimosse alla data di assegnazione dell'incarico ( comma 14, art. 92, ACN 29/07/09).**

**IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE  
(Sig. Pietro LAMANNA)**

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Dr. Vito CARBONE)**

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(Dr. Giuseppe LELLA)**

**IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE  
(Dott. Giovanni CAMPOBASSO)**

## ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(per trasferimento)**

<b>BOLLO</b>	RACCOMANDATA	All'Azienda Sanitaria Locale _____
--------------	--------------	------------------------------------

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M F \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

E residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL \_\_\_\_\_

Della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:

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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(per graduatoria)**

BOLLO
-------

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M. F. Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

E residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2016 con punti \_\_\_\_\_ alla posizione n° \_\_\_\_\_  
pubblicata sul BURP n° 140 del 07/12/2016

## FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:  
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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

## ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26 del 09/08/2006**

BOLLO
-------

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

E residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :  
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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

## ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
In possesso dei requisiti previsti dalla L.R. n° 7 del 28 marzo 2012**

BOLLO
-------

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M. F. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

E residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dall'art. 1) di cui alla L.R. n° 7 del 28/03/12 per personale in servizio alla data del 31/3/2012 e su postazioni individuate dalla DGR n. 2488 del 15/12/2009.

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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_