

**Concorsi**

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIA E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Errata corrige zone carenti di SEU118 riferite a settembre 2016 ASL Bari.**

Sul BURP n. 150 del 22/11/2018 sono state pubblicate le zone carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale(118) rilevate a settembre 2016.

Limitatamente alle zone carenti della Asl Bari, per mero errore materiale, sono state pubblicate le carenze riferite a settembre 2017 anziché settembre 2016.

Pertanto, con la presente si dispone l'annullamento delle carenze limitatamente alla Asl Bari riferite a settembre 2017 pubblicate sul Burp 150 del 22/11/2018, e si procede alla corretta pubblicazione come sotto riportato:

<b>Incarico vacante a tempo indeterminato a 38 ore settimanale in Emergenza Sanitaria Territoriale (118) riferito a settembre 2016</b>			
<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI</b> Lungomare Starita n.6 70123 Bari			
<b>AREA</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>DELIBERA</b>
<b>3</b>	<b>GIOIA DEL COLLE</b>	<b>1 INCARICO</b>	<b>Delibera N°1657 del 27/09/2016</b>

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 conferimento 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.
- c) 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 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**

<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 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_