

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti territoriali carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) rilevati a marzo e settembre 2017. Incarichi a tempo indeterminato a 38 ore settimanali.

**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 MARZO E SETTEMBRE 2017. INCARICHI A TEMPO
INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI.**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA Lungomare Starita n. 6 70123 Bari				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
3	GIOIA DEL COLLE	1	Settembre 2016	Nota n. 65205-2 del 08/03/2019
8	GRAVINA IN PUGLIA	1	Marzo 2017	Delibera n. 595 del 31/03/2017
6	GRUMO APPULA	1	Marzo 2017	Delibera n. 595 del 31/03/2017
6	MODUGNO	1	Settembre 2017	Delibera n. 1751 del 03/10/2017
5	BARI - Piazza Moro	1	Settembre 2017	Delibera n. 1751 del 03/10/2017
6	BITONTO	1	Settembre 2017	Delibera n. 1751 del 03/10/2017

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1	Settembre 2016	Nota n. 25504 del 09/04/2019
2	TRANI	1	Settembre 2016	Nota n. 25504 del 09/04/2019
3	CANOSA DI PUGLIA	2	Settembre 2016	Nota n. 25504 del 09/04/2019
3	MINERVINO MURGE	4	Settembre 2016	Nota n. 25504 del 09/04/2019
2	ANDRIA	1	Marzo 2017	Delibera n. 916 del 23/05/2017
1	BARLETTA	1	Settembre 2017	Delibera n. 2311 del 26/10/2017
3	CANOSA DI PUGLIA	1	Settembre 2017	Delibera n. 2311 del 26/10/2017

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR Via Napoli n. 8 72100 Brindisi				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	CISTERNINO	2	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019
1	CEGLIE MESSAPICA	5	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019
1	FASANO	4	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019

1	OSTUNI	1	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019
2	MESAGNE	4	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019
2	SAN PIETRO VERNOTICO	6	Settembre 2016	Nota n. 26525 del 01/04/2019
	NESSUNA CARENZA	0	Marzo 2017	Delibera n. 564 del 01/04/2019
1	OSTUNI	1	Settembre 2017	Delibera n. 564 del 01/04/2019
2	BRINDISI	1	Settembre 2017	Delibera n. 564 del 01/04/2019
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1	Settembre 2017	Delibera n. 564 del 01/04/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE FG Piazza Libertà n. 1 71100 Foggia				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	VOLTURINO	3	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
4	CERIGNOLA	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
4	ORTANOVA	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
6	TORREMAGGIORE	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
7	SANNICANDRO GARGANICO	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
8	VICO DEL GARGANO	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
8	RODI GARGANICO	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
9	PESCHICI	4	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
9	VIESTE	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
10	ZAPPONETA	1	Settembre 2016	Nota n. 30203 del 02/04/2019
4	ORTANOVA	1	Marzo 2017	Delibera n. 549 del 16/05/2017
6	SERRACAPRIOLA	1	Settembre 2017	Delibera n. 1383 del 03/11/2017
9	PESCHICI	1	Settembre 2017	Delibera n. 1383 del 03/11/2017
9	VIESTE	1	Settembre 2017	Delibera n. 1383 del 03/11/2017
10	MANFREDONIA	1	Settembre 2017	Delibera n. 1383 del 03/11/2017

AZIENDA SANITARIA LOCALE LE Viale Don Minzoni, 8 73100 Lecce				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	CAMPI SALENTINA	2	Marzo 2016	Nota n. 47874 del 28/03/2019
4	OTRANTO	1	Marzo 2016	Nota n. 47874 del 28/03/2019
3	GALATINA	1	Marzo 2016	Nota n. 47874 del 28/03/2019
1	COPERTINO	1	Marzo 2016	Nota n. 47874 del 28/03/2019
1	CAMPI SALENTINA	1	Marzo 2017	Nota n. 47874 del 28/03/2019
	NESSUNA CARENZA	0	Settembre 2017	Nota n. 47874 del 28/03/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n. 31 74100 Taranto				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
2	TARANTO NORD	1	Settembre 2012	Nota n. 46347 del 08/03/2019
2	TARANTO SUD	1	Settembre 2012	Nota n. 46347 del 08/03/2019
2	TALSANO	5	Settembre 2012	Nota n. 46347 del 08/03/2019
2	CRISPIANO	3	Settembre 2012	Nota n. 46347 del 08/03/2019
3	TORRICELLA	1	Marzo 2013	Nota n. 46347 del 08/03/2019
3	PULSANO	1	Settembre 2013	Nota n. 46347 del 08/03/2019
1	CASTELLANETA	1	Settembre 2014	Nota n. 46347 del 08/03/2019
1	LATERZA	1	Settembre 2014	Nota n. 46347 del 08/03/2019
1	MOTTOLA	1	Marzo 2015	Nota n. 46347 del 08/03/2019
3	MANDURIA	1	Marzo 2015	Nota n. 46347 del 08/03/2019
3	TORRICELLA	1	Settembre 2015	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
1	MOTTOLA	2	Settembre 2015	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
1	GINOSA	3	Settembre 2015	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
2	TARANTO CENTRO	3	Settembre 2015	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
2	TARANTO SUD	1	Marzo 2016	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
1	CASTELLANETA	1	Settembre 2016	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
3	PULSANO	1	Settembre 2016	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
3	GROTTAGLIE	1	Marzo 2017	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
3	MANDURIA	1	Marzo 2017	Delibera n. 1824 del 08/08/2017
2	MARTINA FRANCA	1	Settembre 2017	Delibera n. 2139 del 19/09/2017

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicati 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 2017, approvata con determinazione dirigenziale n. 117 del 22/05/17 e pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15 gg. (quindici) dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, distinta per ogni semestre - PENA ESCLUSIONE -, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola/e alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti (residui) dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2017. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.

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.

- 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).

L'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
Marzo 2017 (per trasferimento)**

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 _____

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 "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Settembre 2017 (per trasferimento)**

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 _____

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
Marzo 2017 (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 2017 con punti _____ alla posizione n° _____ pubblicata sul BURP n° 64 del 01/06/2017

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 "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Settembre 2017 (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 2017 con punti _____ alla posizione n° _____
 pubblicata sul BURP n° 64 del 01/06/2017

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:

cio' _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____