

A tale riguardo si precisa che oltre ai trasferendi ed agli iscritti in graduatoria valevole per l'anno 2019, potranno concorrere per il conferimento degli incarichi vacanti anche i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Pertanto, in ragione della condizione che per la graduatoria anno 2019 potevano concorrere soltanto i medici in possesso dei titoli alla data del 31/12/2017, potranno altresì presentare domanda, secondo la graduazione prevista dalla norma finale n. 2 dell'ACN 21/06/2018, i medici che frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2014/2017, per ragioni e circostanze a loro non imputabili (quali assenze per malattie, gravidanze, ampliamento del termine per lo scorrimento della graduatoria degli idonei) hanno conseguito il diploma dopo il termine di scadenza della domanda- 31/01/2018.

Inoltre, potranno concorrere, da graduare in separato elenco, i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 , art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12, a cui potranno essere assegnati gli eventuali incarichi residui, dopo aver espletato gli adempimenti di cui all'art. 63 co. 15 dell' ACN 21.6.2018.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 20 (venti) 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 AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti.

I medici che hanno già presentato domanda, in ragione di quanto già pubblicato sul BURP n. 137 del 28/11/2019, potranno eventualmente integrare la domanda formulando istanza in carta semplice.

La ASL TA, al fine di non pregiudicare il diritto di scelta degli aventi titolo, procederà ad assegnare le carenze in un'unica tornata.

Allegato "A" domanda per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui al novellato art. 63 comma 3 lett. a) ACN 29/07/09.

Allegato "B" domanda per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui al novellato art. 63 comma 3 lett. b) ACN 29/07/09.

Allegato "C" domanda per i medici di cui alla norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018.

Allegato "D" domanda per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 , art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12.

I medici aspiranti di cui all'allegato "D" possono concorrere solo per le zone carenti che rientrano nell'ambito provinciale in cui insiste la sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

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 del comma 11 lett. a) e b), dell'art. 63, così come novellato dall'art. 6 dell' ACN del 21/06/2018, le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) percentuale dell' 80% 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 20% 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- PENA ESCLUSIONE - NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, gli incarichi carenti saranno assegnati in unica soluzione, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche per il tramite di posta certificata.

Al termine delle assegnazioni, gli incarichi residui dovranno essere tempestivamente comunicati alla SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA della Regione Puglia, per consentire i successivi adempimenti di cui al novellato art. 6 co. 15 dell'ACN 21106/2018. A conclusione di quest'ultima procedura, gli incarichi che dovessero risultare ancora vacanti potranno essere assegnati ai medici ancora iscritti al corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n.256\91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368\99 e D.L.vo n. 277/03, ai sensi del D.L. 14 dicembre 2018, n. 13, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n.12, nel rispetto della graduazione e con il limite orario previsto dal verbale delle pre intese sottoscritto c/o la SISAC in data 8/8/2019.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dott. Giovanni CAMPOBASSO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ANNO 2019)
(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 _____ ASL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____, dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso

l'ASL _____ 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 dal novellato art. 63, comma 3, 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. _____

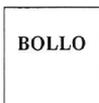
Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

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 (ANNO 2019)
(PER GRADUATORIA)**



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 _____ ASL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2019

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dal novellato art. 63, comma 3, 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. _____

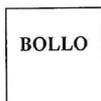
Data _____
(firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità.

ALLEGATO "C"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ANNO 2019)

(medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in M.G. relativo al corso 2014 - 2017 dopo il 31 gennaio 2017) norma transitoria n.2 ACN 21/06/2018



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 _____ ASL di residenza _____ residente nel territorio della Regione
_____ dal _____, di aver conseguito il titolo di formazione triennio 2014/2017 in data _____ presso ASL

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dal novellato art. 63, comma 3, lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'ACN 29/07/09 norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018 - , 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 a quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 dell'ACN 21.6.2018, di poter accedere alla assegnazione degli incarichi carenti, in subordine agli aventi titolo per trasferimento e per graduatoria, nel rispetto della graduazione prevista dalla stessa norma transitoria surrinchiamata. A tale riguardo si allega copia conforme dell'attestato di Formazione di Medicina Generale.

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. _____

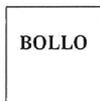
Data _____
(firma per esteso)

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 "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ANNO 2019)**

(medici iscritti al corso 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) ai sensi del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 , art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n.12.



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 _____ ASL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.L.vo del 14 dicembre 2018, n. 135, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n.12. 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 a quanto previsto dal D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12, di poter accedere alla assegnazione degli incarichi carenti, in subordine agli aventi titolo per trasferimento, per graduatoria e per la norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018, e degli adempimenti di cui all'art. 63 co. 15 dell'ACN 21.6.2018, nel rispetto della graduazione prevista dal verbale delle pre intese sottoscritto c/o la SISAC in data 8/8/2019.

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.