

REGIONE PUGLIA – SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti carenti straordinari di assistenza specialistica in medicina pediatrica di libera scelta.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA
DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI
LIBERA SCELTA**

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 27 BIS AIR/2008

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI Lungomare Starita n.6 – 70126 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
4	GRAVINA IN PUGLIA	1 INCARICO	VERBALE CPR del 17/09/2020
12	MONOPOLI	1 INCARICO	VERBALE CPR del 17/09/2020

AZIENDA SANITARIA LOCALE BRINDISI Via Napoli n.8 – 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
1	BRINDISI	1 INCARICO	VERBALE CPR del 17/09/2020

Ai sensi del novellato art.33, co.5, ACN 29.07.2009, "possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:

- a) *per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN.*
I pediatri di libera scelta, già inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, possono concorrere per trasferimento a condizione che siano iscritti in un ambito di scelta di provenienza diverso da quello per il quale concorrono.
- b) *"per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN*
- c) *i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso", pubblicata sul BURP n.148 del 19.12.2019;*
- d) *"i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4"*

"I pediatri di cui al comma 5, lett. a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1."

Gli stessi dovranno presentare, pena esclusione, dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46- 47 DPR 445/2000, attestante:

- 1) la sussistenza di periodi di sospensione
- 2) la non sussistenza di periodi di sospensione

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai criteri riportati al comma 7) lett. a) b) e c) del novellato art.33.

I pediatri di cui alla lettera d) sono graduati nell'ordine dell'anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri cui al comma 5, lettere a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Si precisa che il calcolo del requisito dell'anzianità (2 o 4 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (17.09.2020)

Gli aspiranti, entro 20 giorni dalla data successiva alla pubblicazione del presente avviso sul BURP, presentano alla Azienda Sanitaria locale, competente territorialmente, apposita domanda di assegnazione di incarico per l'ambito territoriale carente pubblicato.

La graduazione delle domande degli aspiranti dovrà essere effettuata in conformità ai criteri di cui al novellato art.33 ACN del 29/07/2009.

L'interpello degli aspiranti aventi titolo dovrà avvenire nel rispetto dei criteri di cui al comma 11 del novellato art.33 ACN del 29/07/2009.

**Il Dirigente del Servizio Strategia e
Governo dell'Assistenza Ospedaliera**
Dott. Vito CARBONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
(PER GRADUATORIA)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA _____
CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. __ il _____, c.f. _____, tel. _____ residente in _____ Prov. _____, alla via _____ CAP _____, residente nel territorio della Regione Puglia dal _____, inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valevole per l'anno _____ al posto n. _____ con punteggio _____, pubblicata sul BURP n. _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.b) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di _____ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di essere residente a _____ dal _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.c) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di essere residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 33, comma V, lett. c), ACN 29/07/2009.

Allegati n.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: _____

Indirizzo PEC : _____

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
(PER TRASFERIMENTO)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA _____
CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. ___ il _____, c.f. _____, tel. _____ residente in _____ Prov. _____, alla via _____ CAP _____, residente nel territorio della Regione Puglia dal _____, con incarico in atto c/o ASL _____, Comune di _____, dal _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. ____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. B) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. ____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____
Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____

Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. A) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 2 (due) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Puglia e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dichiaro altresì di provenire da un ambito di scelta diverso da quello per il quale si concorre.

- di esser residente a _____ dal _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. B) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 4 (quattro) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

- di esser residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33,comma V, lett. A e B ACN 29/07/2009 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica

Allegati n: _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: _____

Indirizzo PEC : _____

data:

firma per esteso