

REGIONE PUGLIA – SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti carenti di Emergenza sanitaria Territoriale (118) - marzo-settembre 2019 e residui anni precedenti e modalità di assegnazione.**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118) RILEVATE AI SENSI DELL' ART.92, ACN 29/7/2009 NOVELLATO DALL' ART. 7 DELL'ACN 21/6/2018 DALLE AZIENDE SANITARIE CON RIFERIMENTO ALL'ANNO 2019 E RESIDUI ANNI PRECEDENTI. INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI.**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BT			
Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1 INCARICO	Nota n. 46086 del 28/07/20 (residui)
2	ANDRIA	2 INCARICHI	
3	CANOSA DI PUGLIA	3 INCARICHI	
3	MINERVINO MURGE	1 INCARICO	
3	SPINAZZOLA	2 INCARICHI	Delibera n. 513 del 20/03/20 (settembre 2019)
		TOTALE 9 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
3	GIOIA DEL COLLE	1 INCARICO	Nota n. 64078/2 del 09/04/20 (residui marzo 2018)
2	NOCI	1 INCARICO	
5	BARI TRIBUNALE	1 INCARICO	Nota n.64361/2 del 09/04/20 (residui settembre 2018)
7	RUVO DI PUGLIA	1 INCARICO	
8	ACQUAVIVA DELLE F.	1 INCARICO	
8	ALTAMURA	1 INCARICO	
8	SANTERAMO	1 INCARICO	
3	GIOIA DEL COLLE	1 INCARICO	Delibera n. 550 del 27/03/2019 (marzo 2019)
6	BITONTO	1 INCARICO	
7	RUVO DI PUGLIA	1 INCARICO	
4	BARI-Carbonara (Di Venere))	1 INCARICO	Delibera n. 1621 del 04/09/19 (settembre 2019)
5	BARI (GIOVANNI XXIII)	1 INCARICO	
2	NOCI	1 INCARICO	
1	POLIGNANO A MARE	1 INCARICO	
3	TURI	1 INCARICO	
1	CONVERSANO	1 INCARICO	
		TOTALE 16 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BR			
Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
1	CEGLIE MESSAPICA	4INCARICHI	Nota n.48853 del 30/06/20 (residui)
1	FASANO	1 INCARICO	
1	OSTUNI	2INCARICHI	
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1 INCARICO	
2	MESAGNE	4INCARICHI	
2	S.PIETRO VERNOTICO	6INCARICHI	
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1 INCARICO	Delibera n. 1797 del 15/10/19 (marzo 2019)
2	BRINDISI	1 INCARICO	
2	SAN PIETRO VERNOTICO	1 INCARICO	
2	TORRE SANTA SUSANNA	1 INCARICO	
1	FASANO	1 INCARICO	Delibera n. 1797 del 15/10/19 (settembre 2019)
1	CISTERNINO	1 INCARICO	
2	MESAGNE	1 INCARICO	
2	SAN PIETRO VERNOTICO	1 INCARICO	
2	TORRE SANTA SUSANNA	1 INCARICO	
		TOTALE 27 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
1	VOLTURINO	4INCARICHI	Nota n.49726 del 21/05/20 (residui)
3	ANZANO	1 INCARICO	
4	CERIGNOLA	1 INCARICO	
6	SAN SEVERO	1 INCARICO	
6	TORREMAGGIORE	2INCARICHI	
7	SANNICANDRO G.	1 INCARICO	
7	SAN MARCO IN LAMIS	2INCARICHI	
8	VICO DEL G.	1 INCARICO	
8	RODI G.	1 INCARICO	
9	PESCHICI	5INCARICHI	
9	VIESTE	2INCARICHI	
10	MANFREDONIA	3INCARICHI	
10	ZAPPONETA	1 INCARICO	
6	SERRACAPRIOLA	1 INCARICO	Delibera n. 679 del 07/05/19 (marzo 2019)
7	SAN NICANDRO G.	1 INCARICO	
6	TORREMAGGIORE	1 INCARICO	Delibera n.1368 del 14/10/19 (settembre 2019)
		TOTALE 28 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
1	CAMPI SALENTINA	4INCARICHI	Nota n.96458 del 13/07/20 (residui)
4	OTRANTO	4INCARICHI	
3	GALATINA	1 INCARICO	
1	COPERTINO	4INCARICHI	
4	POGGIARDO	3INCARICHI	
3	NARDO'	1 INCARICO	
5	GALLIPOLI	2INCARICHI	
5	UGENTO	1 INCARICO	
1	VEGLIE	5INCARICHI	
5	CASARANO	1 INCARICO	
2	LECCE(nuovo Fazzi)	2INCARICHI	
3	NARDO'	1 INCARICO	Delibera n. 404 del 21/04/20 (marzo 2019)
3	MARTANO	1 INCARICO	Delibera n. 417 del 21/04/20 (settembre2019)
4	POGGIARDO	1 INCARICO	
2	LECCE(Vecchio Fazzi)	1 INCARICO	
		TOTALE 32 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TA			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
AREA	POSTAZIONE	CARENZE	DELIBERA
2	TARANTO NORD	1 INCARICO	Delibera n. 1029/19/05/20 (residui)
2	TARANTO SUD	3INCARICHI	
2	TALSANO	5INCARICHI	
2	CRISPIANO	4INCARICHI	
3	TORRICELLA	3INCARICHI	
3	PULSANO	2INCARICHI	
1	CASTELLANETA	4INCARICHI	
1	LATERZA	1 INCARICO	
1	MOTTOLA	3INCARICHI	
3	MANDURIA	2INCARICHI	
1	GINOSA	2INCARICHI	
2	TARANTO CENTRO	3INCARICHI	
3	GROTTAGLIE	1 INCARICO	
1	MASSAFRA	1 INCARICO	
1	CASTELLANETA	1 INCARICO	Delibera n. 883 del 24/04/20 (marzo 2019)
1	LATERZA	1 INCARICO	Delibera n. 883 del 24/04/20 (settembre 2019)
		TOTALE 37 INCARICHI	

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicati è gestita dalle Aziende Sanitarie Provinciali, 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 2019, approvata con determinazione dirigenziale n. 360 del 17/10/19 e pubblicata sul BURP n. 138 del 25/10/2019.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 20 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 alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti ai due semestri dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2019. 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 6 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 6 lett. a) A.C.N. 29/07/09.
 - Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 6 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 17, art. 92, ACN 29/07/09).

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dott. Giovanni CAMPOBASSO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Marzo 2019 (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 6, 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 6, 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 2019 (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 6, 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 6, 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 2019 (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 2019 con punti _____ alla posizione n° _____
pubblicata sul BURP n° 138 del 25/10/2019

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, 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 6, 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 2019 (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 2019 con punti _____ alla posizione n° _____
pubblicata sul BURP n° 138 del 25/10/2019

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, 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 6, 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 6, 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 6, 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 _____