

REGIONE PUGLIA – SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**Ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) rilevati dalle Aziende Sanitarie marzo-settembre 2020 e residui anni precedenti.****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. 7 DELL'ACN 21/06/2018 DALLE AZIENDE SANITARIE CON RIFERIMENTO ALL'ANNO 2020 E RESIDUI ANNI PRECEDENTI. INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI**

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BT</b>			
Via Fornaci n. 201 76123 Andria			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
1	TRINITAPOLI	4	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Settembre 2020</b> )
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Residui anni precedenti</b> )
2	ANDRIA	2	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Residui anni precedenti</b> )
3	CANOSA DI PUGLIA	3	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Residui anni precedenti</b> )
3	MINERVINO MURGE	1	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Residui anni precedenti</b> )
3	SPINAZZOLA	2	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Residui anni precedenti</b> )
3	MINERVINO MURGE	1	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Marzo 2020</b> )
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1	Nota n. 19495 del 15/03/2021 ( <b>Settembre 2020</b> )
<b>TOTALE</b>		<b>15</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI</b>			
Lungomare Starita n. 6 70123 Bari			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
5	BARI TRIBUNALE	1	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
7	RUVO DI PUGLIA	2	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
8	ACQUAVIVA DELLE F.	1	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
8	SANTERAMO IN COLLE	1	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
3	GIOIA DEL COLLE	1	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
6	BITONTO	1	Nota n. 24062/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Marzo 2019</b> )
5	BARI GIOVANNI XXIII	1	Nota n. 24059/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Sett. 2019</b> )
3	TURI	1	Nota n. 24059/2 del 18/02/2021 ( <b>Residui Sett. 2019</b> )
<b>TOTALE</b>		<b>9</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BR</b>			
Via Napoli n. 8 72100 Brindisi			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
1	CISTERNINO	1	Delibera n. 493 del 01/03/2021 ( <b>Residui</b> )
1	OSTUNI	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 ( <b>Residui</b> )
1	SAN VITO DEI N.	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 ( <b>Residui</b> )
1	CEGLIE MESSAPICA	4	Delibera n. 493 del 01/03/2021 ( <b>Residui</b> )

1	FASANO	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Residui)</b>
2	BRINDISI	1	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Residui)</b>
2	MESAGNE	5	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Residui)</b>
2	SAN PIETRO VERNOTICO	8	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Residui)</b>
2	TORRE SANTA SUSANNA	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Residui)</b>
1	CEGLIE MESSAPICA	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
1	FASANO	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
1	CISTERNINO	1	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
2	FRANCAVILLA FONTANA	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
2	MESAGNE	2	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
2	SAN PIETRO VERNOTICO	1	Delibera n. 493 del 01/03/2021 <b>(Settembre 2020)</b>
<b>TOTALE</b>		<b>37</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA</b>			
Via M. Protano n. 13 71121 Foggia			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
1	VOLTURINO	4	Nota n. 2105/2020 <b>(Residui)</b>
7	SANNICANDRO G.CO	1	Del. n. 679 del 07/05/2019 <b>(Marzo 2019)</b>
6	TORREMAGGIONE	1	Del. n. 1368 del 14/10/2019 <b>(Settembre 2019)</b>
3	ANZANO	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
4	CERIGNOLA	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
6	SAN SEVERO	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
6	TORREMAGGIORE	2	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
7	SANNICANDRO G.CO	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
7	SAN MARCO IN L.	2	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
8	VICO DEL G.	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
8	RODI	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
9	PESCHICI	5	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
9	VIESTE	2	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
10	MANFREDONIA	2	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
10	ZAPPONETA	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
6	SERRACAPRIOLA	1	Nota n. 22023 del 26/02/2021 <b>(Anno 2020)</b>
<b>TOTALE</b>		<b>27</b>	



<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE</b>			
Via Miglietta n. 5 73100 Lecce			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
1	CAMPI SALENTINI	4	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
4	OTRANTO	4	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
3	GALATINA	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
1	COPERTINO	4	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
4	POGGIARDO	3	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
3	NARDO'	2	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>
5	GALLIPOLI	2	Nota n. 43885 del 17/03/2021 <b>(residui settembre 2019)</b>

5	UGENTO	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
1	VEGLIE	5	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
5	CASARANO	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
2	NUOVO FAZZI	2	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
3	MARTANO	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
4	POGGIARDO	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
2	VECCHIO FAZZI	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (residui settembre 2019)
3	GALATINA	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (SETTEMBRE 2020)
5	CASARANO	1	Nota n. 43885 del 17/03/2021 (SETTEMBRE 2020)
<b>TOTALE</b>		<b>34</b>	

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TARANTO</b>			
Viale Virgilio n. 31 74100 Taranto			
<b>AREA</b>	<b>POSTAZIONE</b>	<b>INCARICHI</b>	<b>NOTA</b>
3	PULSANO	1	Nota n. 51798 del 01/03/2021 (anno 2020)
3	MANDURIA	1	Nota n. 51798 del 01/03/2021 (anno 2020)
1	LATERZA	1	Nota n. 51798 del 01/03/2021 (anno 2020)
1	GINOSA	1	Nota n. 51798 del 01/03/2021 (anno 2020)
3	GROTTAGLIE	1	Nota n. 51798 del 01/03/2021 (anno 2020)
<b>TOTALE</b>		<b>5</b>	

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato del servizio di emergenza sanitaria (118) suindicata è gestita dalle relative Aziende Sanitarie Provinciali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale del 27/07/2009.

Quanto sopra in ragione della circostanza che la normativa in questione si riferisce alla prima pubblicazione "utile" per le carenze rilevate dal 01/01/2019.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2020 approvata con determinazione dirigenziale n. 301 del 13/12/2019 è pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2020, rettificata dalla Determina dirigenziale n. 25 del 05/02/2020 è pubblicata sul BURP n. 20 del 19/12/2020.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 20 gg. (venti) 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 dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2020. 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 di 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;
- Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09.
- Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. b) ACN 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).

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**  
**(Dr. Giovanni CAMPOBASSO)**

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.  
MARZO 2020 (PER TRASFERIMENTO)**

<b>BOLLO</b>
--------------

RACCOMANDATA

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati per l'assegnazione degli ambiti 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 di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 6, lett. 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 di \_\_\_\_\_

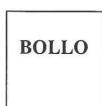
c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(firma per esteso)

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.  
MARZO 2020 (PER GRADUATORIA)**



RACCOMANDATA

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_ F \_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2020, rettificata dalla Determina dirigenziale n. 25 del 05/02/2020 è pubblicata sul BURP n. 20 del 19/12/2020.

## 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 per l'assegnazione degli ambiti 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 di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 6, lett. 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 di \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (firma per esteso) \_\_\_\_\_

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.  
SETTEMBRE 2020 (PER TRASFERIMENTO)**

<b>BOLLO</b>
--------------

RACCOMANDATA

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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 per l'assegnazione degli ambiti 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 di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 6, lett. 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:

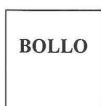
c/o \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso) \_\_\_\_\_

**ALLEGATO "B"**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.  
SETTEMBRE 2020 (PER GRADUATORIA)**



RACCOMANDATA

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## 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 per l'assegnazione degli ambiti 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 di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 6, lett. 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 di \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ 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 o PROVINCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## 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 per l'assegnazione degli ambiti sul BURP n. \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dall'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 di \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (firma per esteso) \_\_\_\_\_