

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 – Integrazione.**Ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicate sul BURP n. 43 del 25/03/2021- Integrazione.**

Sul BURP n° 43 del 25/03/2021, sono stati pubblicati gli ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 rilevati a marzo e settembre 2020 e residui anni precedenti, sulla base delle comunicazioni inviate dalle singole AA.SS.LL. provinciali.

Dopo l'avvenuta pubblicazione:

- la ASL TA, con nota n. 75850 del 29/03/2021, ha comunicato gli ambiti carenti residui anno 2019 di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, non inclusi nella precedente comunicazione;
- la ASL FG, con nota n. 31419 del 23/03/2021 ha richiesto l'integrazione degli ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, non inclusi nella precedente comunicazione.

Di conseguenza, sulla scorta di quanto comunicato dalla ASL TA e dalla ASL FG, si rende necessario disporre la pubblicazione dei seguenti ambiti carenti:

ACCORDO COLLETTIVO 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 NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TARANTO			
Viale Virgilio n. 31 74100 Taranto			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
1	CASTELLANETA	5	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
1	LATERZA	2	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
1	MOTTOLA	3	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
1	GINOSA	2	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
1	MASSAFRA	1	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
2	TARANTO NORD	1	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
2	TATANTO SUD	3	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
2	TALSANO	5	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
2	CRISPIANO	4	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
2	TARANTO CENTRO	3	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
3	TORRICELLA	3	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
3	PULSANO	2	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
3	MANDURIA	2	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
3	GROTTAGLIE	1	Nota n. 75850 del 29/03/2021 Marzo 2020 (Residui 2019)
TOTALE		37	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Via M. Protano n. 13 71121 Foggia			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
3	ANZANO DI PUGLIA	2	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (MARZO 2020)
4	CERIGNOLA	1	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (MARZO 2020)
6	SAN SEVERO	1	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (MARZO 2020)
1	LUCERA	1	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (SETTEMBRE 2020)
6	SAN SEVERO	1	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (SETTEMBRE 2020)
6	SERRACAPRIOLA	1	Nota n. 0031419 del 23/03/2021 (SETTEMBRE 2020)
TOTALE		7	



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 e 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, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo. Per i soggetti che hanno già presentato istanza in ragione delle carenze pubblicate sul BURP n. 43/2021, la domanda è esentata dal bollo, in quanto trattasi di integrazione. Diversamente le nuove domande sono assoggettate alla apposizione del 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;
- 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, resa ai sensi dell'art. 47 della L. 445\00, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in situazione di incompatibilità.

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)**

BOLLO

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 "A"

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

BOLLO

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.
MARZO 2020 (PER GRADUATORIA)**

BOLLO

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:

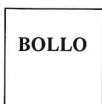
c/o _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____ (firma per esteso) _____

ALLEGATO "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

BOLLO

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) _____