

Concorsi

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 BA, ha segnalato la necessità di procedere ad una integrazione del bando in quanto non risultano pubblicati gli ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, comunicati con note prot. nn. 64148/20 e 149841/20.

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

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

**PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118)
RILEVATI AI SENSI DELL’ART. 7 DELL’ACN 21/06/2018 DALLE AZIENDE SANITARIE CON RIFERIMENTO
ALL’ANNO 2020. INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n. 6 - 70123 Bari			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	NOTA
6	BITONTO	2	Delibera n. 333 del 13/03/2020 MARZO 2020
2	LOCOROTONDO	1	Delibera n. 1376 del 14/10/2020 SETTEMBRE 2020
2	ALBEROBELLO	1	Delibera n. 1376 del 14/10/2020 SETTEMBRE 2020
8	SANTERAMO IN COLLE	1	Delibera n. 1376 del 14/10/2020 SETTEMBRE 2020
8	GRAVINA IN PUGLIA	1	Delibera n. 1376 del 14/10/2020 SETTEMBRE 2020
	TOTALE	6	

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 _____

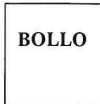
c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____

(firma per esteso)

ALLEGATO "A"

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



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:

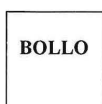
c/o _____ Comune di _____

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)**



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:

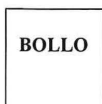
c/o _____ Comune di _____

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. 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 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) _____