

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA - ANNO 2024 RILEVATI AI SENSI DELL'ART.34 CO.27 DELL'ACN DEL 28/04/2022

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

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA - ANNO 2024 RILEVATI AI SENSI DELL'ART.34 CO.27 DELL'ACN DEL 28/04/2022

Preso atto che:

Con nota prot. n. 78982 del 22/08/2024, la ASL BR ha richiesto la pubblicazione di n. 3 zone carenti straordinarie, a seguito di dimissioni volontarie di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta.

Al fine di ristabilire una situazione di equilibrio e garantire la continuità assistenziale, nel rispetto di quanto disposto dal co.27 dell'art. 34 dell'ACN di medicina generale 28/04/2022, si rende necessaria la pubblicazione delle succitate zone carenti, non rilevate a marzo 2024, per gli ambiti territoriali di seguito indicati:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BRINDISI				
Via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi				
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	Riferimenti	Note
2	Cisternino	1	Nota prot. n. 78982 del 22/08/2024	
4	San Pancrazio Salentino	1	Nota prot. n. 78982 del 22/08/2024	
4	Torchiarolo	1	Nota prot. n. 78982 del 22/08/2024	
TOTALE		3		

La procedura di assegnazione delle carenze DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA suindicate è gestita dalla relativa AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE secondo le modalità previste dall'art. 34 Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 28/04/22.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2024, approvata con determinazione dirigenziale n. 406 del 12/12/2023 e pubblicata sul BURP n. 112 del 21/12/2023, successivamente modificata con D.D. n. 110 del 21/03/2024 pubblicata sul BURP n. 26 del 28/03/2024.

A tale riguardo si precisa che, oltre ai trasferendi ed agli iscritti nella graduatoria valevole per l'anno 2024 – di cui, rispettivamente, alle lett. a) e b) dell'art. 34, comma 5 dell'ACN – potranno concorrere per il conferimento degli incarichi vacanti anche i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31.01.2023) e comunque oltre il termine del 15.09.2023 stabilito dall'art. 19 co. 2 lett. c) ACN 28/04/2022 (art. 34, comma 5, lett c) ACN). Questi ultimi aspiranti, riferiti al corso CFSMG 2019-2022, dovranno autocertificare e attestare il possesso dei titoli.

Difatti, in ragione della circostanza che per la graduatoria anno 2024 potevano concorrere i medici in possesso dei titoli alla data del 31/12/2022, potranno presentare domanda secondo la graduazione prevista dall'art. 34 comma 5 lett. c), solo i medici che, frequentando il corso in formazione specifica in medicina generale del triennio 2019/2022, per ragioni e circostanze a loro non imputabili (quali assenze per malattie, gravidanza, ampliamento del termine per lo scorrimento della graduatoria degli idonei) hanno conseguito il diploma dopo

il termine di scadenza della domanda per l'ammissione alla graduatoria regionale (31.01.2023), e comunque oltre il 15/09/2023, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per le zone carenti.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo PEC 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 di seguito elencati, indirizzandola alla Azienda Sanitaria Locale competente:

- Allegato "A": domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. a) punto i) ACN 28/04/22 che abbiano maturato il titolo di accesso (anzianità), alla data del 31/03/2024.
- Allegato "B": domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. b) ACN 28/04/22.
- Allegato "C": domande per i medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui all'art. 34 comma 5 lett. c) ACN 28/04/22, riferiti al corso 2019/2022.

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) da cui è stata inviata la domanda.

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata ed accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000);
2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto all'assolvimento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00, applicando ed annullando la marca da bollo sulla domanda scansionata.

La domanda deve essere inviata, esclusivamente tramite PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, al seguente indirizzo:

protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AGLI AMBITI CARENTI STRAORDINARI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA ANNO 2024". Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda. I termini per la presentazione delle domande sono perentori, pena esclusione. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile (ore 24:00 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). È onere del candidato verificare l'effettiva ricezione della domanda, da parte della ASL attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna", rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata dai sistemi aziendali.

Il candidato è tenuto altresì a verificare l'effettiva leggibilità della documentazione trasmessa. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante l'esistenza di rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario o di trattamenti di pensione alla data di presentazione della domanda, oltre ad eventuali situazione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 4 dell'art. 21, ACN 28/04/2022. Per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, mediante graduatoria regionale di medicina generale, si applicano, ai sensi del comma 13 lett. a) e b), dell'art. 34 dell'ACN del 28/04/2022, le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) percentuale del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale ex D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03;

- 2) percentuale del 20% per i medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale, nel rispetto dei criteri di assegnazione stabiliti dalla DGR n. 2453/2019.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma 13, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 34, comma 13, lett. (a) e (b), del ACN 28/04/22, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 34, comma 15 ACN 28/04/2022.

IN OGNI CASO, DEVE ESSERE INDICATA NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO - PENA ESCLUSIONE - LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE.

La mancata presentazione alla convocazione dell'Azienda Sanitaria Locale costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno, ai sensi dell'art. 34 co.22 dell'ACN del 28/04/2022.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, gli stessi saranno assegnati in unica soluzione, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche tramite posta certificata (PEC).

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione. Gli eventuali incarichi già assegnati a cui non farà seguito l'apertura dello studio da convenzionarsi, nei termini di cui dall'art. 33 ACN, vanno considerati come residui e ribaltati sulla rilevazione dell'annualità successiva.

La ASL deve procedere a formulare le graduatorie ed assegnare gli incarichi summenzionati entro il **04/10/2024**.

Al termine delle assegnazioni, gli incarichi non assegnati dovranno essere tempestivamente comunicati alla SEZIONE Strategia e Governo dell'Offerta – Servizio Strategia e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestione rapporti convenzionali della Regione Puglia, entro e non oltre il **11/10/2024**, per consentire i successivi adempimenti di cui all'art. 34 dell'ACN 28/04/2022.

Il funzionario istruttore

Gianluca Ranieri

Il Responsabile E.Q.

Emanuele Carbonara

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
STRAORDINARI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(PER TRASFERIMENTO)**

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a
_____ Prov. _____ il _____ c.f.
_____ tel. _____ residente a _____
Prov. _____ alla via _____ n. _____
CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____ residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a
tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda ASL
_____ di _____ per l'ambito territoriale di
_____ della _____ Regione
_____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza
primaria pari a mesi _____, data di laurea _____, voto di
laurea _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, pubblicati sul BURP n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della DPR 445/2000) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a), punto i) ACN 28/04/2022 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ **(firma autenticata*)** _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
STRAORDINARI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(PER GRADUATORIA)**

MARCA DA BOLLO €16

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 _____ n. _____ CAP _____ tel. _____ PEC (campo obbligatorio)
_____ dal _____ ASL di residenza _____ e residente nel
territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva,
valevole per l'anno 2024 e pubblicata sul BURP n. 112 del 21/12/2023, successivamente modificata con
D.D. n. 110 del 21/03/2024 pubblicata sul BURP n. 26 del 28/03/2024, al posto n. _____ con
punti _____.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, pubblicati sul BURP n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 34, commi 15 ACN 28/04/2022 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 277/03 (art. 34, comma 13, lett. a), ACN 28/04/22);
- riserva per medici in possesso del titolo equipollente (art. 34, comma 13, lett. b), ACN 28/04/22).

**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ **(firma autenticata*)** _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022 per la medicina generale.

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
STRAORDINARI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**

*(medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in M.G. relativo al corso 2019 – 2022, dopo il 15 settembre 2023 -
art. 34 co. 5 lett. c)*

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/aa _____ Prov. _____ il _____ c.f. _____
_____ tel. _____ residente in _____ Prov. _____ alla via
_____ n. _____ CAP _____ tel. _____

PEC (campo obbligatorio) _____ e residente nel territorio della
Regione _____ e laureato in _____ data _____ presso
l'Università _____ all'età di _____ anni, con voto di
laurea _____.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, pubblicati sul BURP n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 34, comma 12 ACN 28/04/2022 di poter accedere alla assegnazione, in subordine agli aventi diritto per trasferimento e per graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

Allega alla presente: 1) certificato storico di residenza o autocertificazione, 2) dichiarazione sostitutiva di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione ai sensi dell'art. 34 comma 5 lett. c). dell'Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022 per la medicina generale. 3) Titolo di studio; 4) Attestato di formazione CFSMG.

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio art.47
D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)**

Il sottoscritto Dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n.....

iscritto all'Albo dei.....

della Provincia di.....

ai sensi e agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000.

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°.....scelte e con n°.....scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di
Azienda.....
Periodo: dal.....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico come pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°.....scelte
Periodo: dal.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L. branca..... ore sett.....
5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....
6. essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

- medica), a tempo indeterminato o a tempo determinato, o nella emergenza sanitaria territoriale, a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione o in altra Regione (2): A.S.L..... ore sett..... in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
7. essere/non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto leg.vo n °256/91 o a corso di specializzazione, di cui al Decreto leg.vo n °257/91 e corrispondenti norme di cui al Decreto leg.vo n °368/99
Denominazione del corso.....
Soggetto pubblico che lo svolge
Inizio: dal
8. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art.8 quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
10. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:
Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....
11. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....
12. avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
.....
.....
Periodo: dal



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

13. essere/non essere(1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare
(1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio
Sanitario Nazionale
.....
14. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo
di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza
Sociale:
Periodo: dal.....
15. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle
sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in
caso negativo scrivere: nessuna)
.....
.....
Periodo: dal.....
16. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:
Azienda Comune
ore sett. Tipo di attività
..... Periodo: dal.....
17. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa
attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare
quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai
rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):
Soggetto pubblico.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....
18. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)
.....
.....
Periodo: dal.....
19. fruire/non fruire (1) del trattamento di trattamento pensionistico da parte di altri fondi
pensionistici differenti da quelli di cui al punto 14
soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....
.....
Pensionato: dal.....
20. essere/non essere(1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale



**REGIONE
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e
posta elettronica ai sensi
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE
RAPPORTI CONVENZIONALI

come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003,
conseguito il presso la Regione
triennio

NOTE :
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ Firma _____

- (1) - cancellare la parte che non interessa
- (2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000. Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la copia del documento di riconoscimento.