

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. 125263 del 08/10/2024, la ASL BA ha richiesto la pubblicazione di n. 2 zone carenti straordinarie, nel comune di Adelfia, a seguito di una procedura di trasferimento da parte di due medici di assistenza primaria a ciclo di scelta;
- Con nota prot. n. 0093675 del 4/10/2024, la ASL BR ha richiesto la pubblicazione di n. 1 zona carente straordinaria, nel comune di San Vito dei Normanni, a seguito di una procedura di trasferimento da parte di un medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e di dimissioni volontarie da parte di ulteriore medico di assistenza primaria.

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:

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI</b>				
Lungomare Starita n. 6 70123 Bari				
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>RIFERIMENTI</b>	<b>DISPONIBILITA'</b>
10	Adelfia	2	Nota prot. n. 125263 del 8/10/2024	immediata
	<b>TOTALE</b>	<b>2</b>		

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BR</b>				
Via Napoli n. 8 72100 Brindisi				
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>RIFERIMENTI</b>	<b>DISPONIBILITA'</b>
1	San Vito dei Normanni	1	Nota prot n. 0093675 del 4/10/2024	immediata
	<b>TOTALE</b>	<b>1</b>		

La procedura di assegnazione delle carenze DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI secondo le modalità previste dall'art. 34 Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 28/04/2022.

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 dell'incarico vacante 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, dovranno autocertificare e attestare il possesso dei titoli.

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.

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, ai seguenti indirizzi:

1. [agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it)
2. [protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AMBITO CARENTE STRAORDINARIO 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.

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

**Il funzionario istruttore**

Roberta Esposito

**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](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

[Regione Puglia](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – 1° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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

**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](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE  
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA – GESTIONE RAPPORTI CONVENZIONALI  
Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419  
[servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it)



**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. 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](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

[servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it)



**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.....

[Regione Puglia](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – 1° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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

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 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.....

[Regione Puglia](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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

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 .....
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.....

[Regione Puglia](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it



**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

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

sogetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Pensionato: dal.....

20. essere/non essere(1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale  
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.**

[Regione Puglia](http://www.regione.puglia.it)

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Via Gentile, 52 – I° Piano Blocco E1 - 70126 Bari - Tel: 080 5407679/3116 - Fax: 080 5403419

servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it

**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. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e  
agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 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 incaricato 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 \_\_\_\_\_
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico 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)  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_
- 5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:  
Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica), o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):  
Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione 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 D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di 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 \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e 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 \_\_\_\_\_

11) 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 \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) 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 \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15) 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 \_\_\_\_\_

16) 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 scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:(1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett.

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro 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, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale 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 fotocopia del documento di identità.**