
Concorsi e avvisi relativi alle procedure di reclutamento del personale

REGIONE PUGLIA - DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA 5 agosto 2025, n. 439

Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) rilevati ai sensi dell'art. 63 dell'ACN 04/04/2024 dalla ASL BT, non pubblicati con D.D. n. 310 del 18/06/2025, con riferimento all'anno 2024 e residui anni precedenti. Incarichi a tempo indeterminato a 38 ore settimanali. Approvazione bando.

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

- Visti gli articoli 4 e 5 della L.R. n. 7/97
- Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01;
- Visto l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo Ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
- Visto l'art.18 del D.Lgs 196/03 " Codice in materia di protezione dei dati personali"
- Viste le Determinazioni del Direttore dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità n. 3 del 9/9/2009 e n. 4 dell'11/9/2009;
- Vista la D.G.R. n. 2271 del 31.10.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità e la conseguente ratifica con D.P.G.R. n.743 del 12.11.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità
- Vista la D.D. n. 9 del 20.04.2015 del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione di Riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità;
- Visto il DPGR 31 luglio 2015 n. 443 di adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA";
- Visto il D.P.G.R. n. 22/2021 relativo all'adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA 2.0";
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 322 del 07/03/2022, di conferimento delle funzioni di Direzione della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 918 del 27/06/2025, di proroga del conferimento delle funzioni di Direzione della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 34 del 18/11/2024 di conferimento dell'incarico di Direzione ad interim del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestione rapporti Convenzionali della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta afferente al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 228 del 29/04/2025 di conferimento dell'incarico di Elevata Qualificazione "Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.";
- Vista la D.G.R. 15 settembre 2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata "Agenda di Genere";
- Vista la D.G.R. n. 1295 del 26/09/2024 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturali";
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2488 del 15/12/2009 avente ad oggetto: "Nuovo assetto del Servizio di Emergenza Urgenza 118";
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 28 ottobre 2014 n. 251 avente ad oggetto: "Riorganizzazione

della Rete dell’Emergenza urgenza della Regione Puglia”;

- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 30 novembre 2016, n. 1933 avente ad oggetto: *“D.M. n. 70/2015 e Legge di stabilità 2016 - Riordino Ospedaliero e rete emergenza- urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 161/2016 e n. 256/2016. Revoca della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2251 del 28/10/2014”;*
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 583 del 10/4/2018 avente ad oggetto: *“Studio preliminare relativo al riordino dei punti di primo intervento”.*

Sulla base dell’istruttoria espletata dal Funzionario istruttore, confermata dal Responsabile E.Q. e dalla Dirigente ad interim del Servizio “Strategie e Governo dell’Assistenza Ospedaliera – Gestione rapporti Convenzionali”, riceve la seguente relazione.

Premesso che:

- l’art. 8 co. 1 del D.lgs. 502/92 rubricato sotto la voce: - Disciplina dei rapporti per l’erogazione delle prestazioni assistenziali - che dispone: *“ il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell’articolo 4, comma 9 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale”;*
- la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 04 aprile 2024 ha sancito l’intesa sull’ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – triennio 2019-2021. Pertanto, a decorrere da tale data è in vigore il nuovo Accordo Collettivo Nazionale;
- l’art. 2 co. 1 dell’ ACN 04/04/2024 sancisce che: *“Ai sensi dell’articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico l’esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale convenzionati e le Aziende sanitarie, per lo svolgimento, nell’ambito e nell’interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività relativi ai settori di:*
 - *a) ruolo unico di assistenza primaria;*
 - *b) medicina dei servizi territoriali;*
 - *c) emergenza sanitaria territoriale;*
 - *d) assistenza negli istituti penitenziari”;*

Considerato che:

- il vigente ACN:
 - all’art. 62 co. 1 stabilisce che *“l’organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme vigenti, gli atti d’intesa tra Stato e Regioni e i Livelli Essenziali di Assistenza.”;*
 - all’art. 63 commi 1 e 2 dispone che *“L’Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura. Individuata la vacanza di incarico, l’Azienda ne dà comunicazione alla Regione, o al soggetto da questa individuato, per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione”.*

Preso atto:

- che entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell’art. 63 co. 3 dell’ACN 04/04/2024;
- che con Determinazione Dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta sono stati pubblicati

gli ambiti carenti del servizio di emergenza sanitaria territoriale, con riferimento all'anno 2024 e residui anni precedenti;

- a seguito di una successiva e più approfondita ricognizione, si è rilevata la necessità di integrare tale pubblicazione con ulteriori ambiti carenti, non inclusi nella suddetta Determinazione Dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 310 del 18/06/2025, elencati nell'allegato 1) parte integrante del presente provvedimento;
- che possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 66 del vigente ACN.

Per quanto sopra riportato, con il presente provvedimento si propone:

- nelle more di una riorganizzazione complessiva del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, di procedere alla pubblicazione degli ambiti carenti del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, non inclusi nella precedente Determinazione Dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 310 del 18/06/2025, con riferimento all'anno 2024 e residui anni precedenti, elencati nell'allegato 1);
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP), ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n.18;

Verifica ai sensi del D.Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D.lgs. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché del vigente regolamento regionale n.5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili; qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

Valutazione di impatto di genere
La presente determinazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 1295 del 26/09/2024. L'impatto di genere stimato è: ☐ diretto ☐ indiretto ☒ neutro ☐ non rilevato

Adempimenti contabili ai sensi del D. Lgs. n. 118/2011 e ss. mm. e ii.

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per cui i debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione ed è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio Regionale.

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

- nelle more di una riorganizzazione complessiva del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, di procedere alla pubblicazione degli ambiti carenti del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, non

inclusi nella precedente Determinazione Dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 310 del 18/06/2025, con riferimento all'anno 2024 e residui anni precedenti, elencati nell'allegato 1);

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP), ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n.18;

Il presente provvedimento:

- a) è unicamente formato con mezzi informatici e firmato digitalmente;
- b) è stato elaborato attraverso la piattaforma CIFRA2, composto da pagine tutte progressivamente numerate, firmato digitalmente e adottato in unico originale;
- c) sarà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti dirigenti" del sito www.regione.puglia.it.

ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
bando integrazione carenze 118 anno 2024.pdf - f3a52fa8d6c80913d1888eb566b9cc8faba506d489874b344ea4d130bbd33872
ALLEGATI SEU 118 _2024.pdf - bf0a0af90fc019f89bf77f1f33b0b34e095200fa5eab8f959efff81aaa0ef910

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Basato sulla proposta n. 183/DIR/2025/00431 dei sottoscrittori della proposta:

Funzionario Amministrativo
Cosimo Grieco

EQ Gestione e Monitoraggio degli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) rivenienti
dall'art.8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
Emanuele Carbonara

Il Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera-Gestione
Rapporti Convenzionali
Antonella Caroli

Firmato digitalmente da:

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
Mauro Nicastro



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

**REGIONE
PUGLIA**

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 1

Pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) rilevati ai sensi dell'art. 63 dell'ACN 04/04/2024 dalla ASL BT, non pubblicati con D.D. n. 310 del 18/06/2025, con riferimento all'anno 2024 e residui anni precedenti. Incarichi a tempo indeterminato a 38 ore settimanali. Approvazione bando.

ELENCO INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BT

Via Fornaci n. 201 76123 Andria

AREA	POSTAZIONE	INCARICHI
1	TRINITAPOLI	4
1	MARGHERITA DI SAVOIA	4
1	BARLETTA	1
2	ANDRIA	1
2	TRANI	3
3	CANOSA DI PUGLIA	5
3	MINERVINO MURGE	3
3	SPINAZZOLA	3
	TOTALE	24

PRESENTAZIONE DOMANDA

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo PEC, entro 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza unica di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alla Azienda Sanitaria Locale competente. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.

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

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.



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

**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

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

ufficio.convenzioni.aslbat@pec.rupar.puglia.it

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: “ DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE. 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 23:59 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). E' 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 ai sistemi aziendali.

Il candidato è tenuto altresì a verificare l'effettiva leggibilità della documentazione trasmessa.

Nel caso in cui gli spazi individuali non dovessero risultare capienti, il candidato potrà utilizzare fogli aggiuntivi alla domanda nel rispetto dello schema riportato nel format.

Di conseguenza, tutte le domande che riportano tale elemento aggiuntivo sono da considerarsi ammissibili.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

PROCEDURA CONFERIMENTO INCARICHI

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato del servizio di emergenza sanitaria territoriale (118) suindicata è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione Puglia, secondo le modalità previste dall'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 04/04/2024.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti, secondo l'ordine di priorità di seguito riportato:

- a) modello “A” domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 6 lett. a) dell'ACN 04/04/2024): “*i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza*



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

**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

Sanitaria Territoriale in un'azienda della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'azienda di altra regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento". Tali medici dovranno autocertificare gli eventuali periodi di sospensione (art. 22 ACN 04/04/2024). I medici di cui alla lett. a) sono graduati in conformità all'art. 63 co. 8, a condizione che risultino titolari rispettivamente da un anno o da almeno due anni da calcolarsi alla data del (1° settembre 2024). In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

L'art. 63 co. 7 dell'ACN 04/04/2024 specifica che i medici già titolari d'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

- b) modello "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 6 lett. b) ACN 04/04/2024). 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 determinazione dirigenziale n. 110 del 21/03/2024 e pubblicata sul BURP n. 26 del 28/03/2024. Tali medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19 dell'ACN 04/04/2024;
- punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- c) modello "C" (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 6 lett. c) ACN 04/04/2024): *i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente*

**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**

alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.01.2023), e comunque oltre il termine del 15.09.2023, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4 dell'art.63 dell'ACN 04/04/2024. Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, ai sensi dell'art.63 co. 10 dell'ACN 04/04/2024;

- d) modello "D" (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 6 lett. d) ACN 04/04/2024): *i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente; Ai sensi del comma 10 dell'art.63, tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;*
- e) modello "E": *i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione. Possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione Puglia. Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere agli ambiti carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) che rientrano nell'ambito regionale in cui insiste le sede del polo formativo a cui sono stati assegnati. Ai sensi del comma 11 i suddetti medici sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;*
- f) Modello "F": *medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione. Possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale della Regione Puglia. Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere agli ambiti carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) che rientrano nell'ambito regionale in cui insiste le sede del polo formativo a cui sono stati assegnati. Ai sensi del comma 11 i suddetti medici sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;*
- g) Modello "G": *medici in possesso dei requisiti di cui alla L. n. 234 del 30.12.2021, co. 1 par. n. 272. In subordine, a tutte le categorie previste dall'art. 63 comma 6, ai sensi della legge 30 dicembre 2021*



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

**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

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

n. 234, art. 1 comma 272, viene interpellato il personale medico in servizio presso le strutture del sistema di emergenza urgenza territoriale 118, che alla data di entrata in vigore (01/01/2022) della legge n. 234 del 30.12.2021 abbia maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, anche senza il possesso del diploma attestante la formazione specifica in medicina generale. A determinare il requisito di anzianità lavorativa concorrono periodi di attività, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza- urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato. In caso di pari posizioni sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea, ed anzianità di laurea. Il comma 273 prevede quale requisito essenziale il possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale.

Le AA.SS.LL. interpellano i medici nel seguente ordine: a), successivamente b), poi c), dopo d),e), f) ed infine g); i medici di cui alle lettere c), d), e), f), g) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione Puglia e da ultimo fuori Regione.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 66 del vigente ACN.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, o in mancanza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile

Al termine delle assegnazioni, gli incarichi non assegnati dovranno essere tempestivamente comunicati al Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestione Rapporti Convenzionali della Regione Puglia, al seguente indirizzo pec: servizio.sgao.regione@pec.rupar.puglia.it, per consentire i successivi adempimenti.

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

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

MODELLO "A"**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.
(PER TRASFERIMENTO)**

MARCA DA BOLLO €16

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____

_____ tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 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:

n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE
1				4			
2				5			
3				6			

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____;
- Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la ASL (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 del vigente ACN) _____ della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Tale dichiarazione comprova il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 per la medicina generale. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

I dati personali richiesti al/alla candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte della ASL secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.lgs. 196/2003 e del d.lgs. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "B"

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

**MARCA DA
BOLLO
€16**

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 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:

n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE
1				4			
2				5			
3				6			

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

Dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____, a seguito del triennio _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;
- di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2024 al posto n. _____ con punti _____ approvata con determinazione dirigenziale n. 406 del 12/12/2023 e pubblicata sul BURP n. 112 del 21/12/2023, successivamente modificata con determinazione dirigenziale n. 110 del 21/03/2024 e pubblicata sul BURP n. 26 del 28/03/2024;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Tale dichiarazione comprova il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 per la medicina generale.

Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

I dati personali richiesti al/candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte della ASL secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.lgs. 196/2003 e del d.lgs. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in medicina generale dopo il 15 settembre 2023)

MARCA DA
BOLLO
€16

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 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:

n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE
1				4			
2				5			
3				6			

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____, a seguito del triennio _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Tale dichiarazione comprova il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 per la medicina generale.

Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

I dati personali richiesti al/alla candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte della ASL secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.lgs. 196/2003 e del d.lgs. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nei medici che fanno domanda secondo il modello C)

MARCA DA
BOLLO
€16

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 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:

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

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data _____, a seguito del triennio _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Tale dichiarazione comprova il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 6, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024 per la medicina generale.

Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

I dati personali richiesti al/candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte della ASL secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.lgs. 196/2003 e del d.lgs. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "E"**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(medici iscritti al corso di formazione in medicina ai sensi del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12)****MARCA DA
BOLLO
€16**

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 9 D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12 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:

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

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ Via _____
dal _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data
dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;
- di essere Iscritto al ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° (barrare) anno del corso di formazione in medicina generale, presso _____ triennio CFSMG _____ con sede _____ provincia _____ (*)

(*)Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere agli ambiti carenti del SEU 118 che rientrano nell'ambito regionale in cui insiste le sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "F"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(medici iscritti al corso di formazione in medicina ex art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con
modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60)

MARCA DA
BOLLO
€16

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall' art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 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:

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

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ Via _____
dal _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data _____
dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____, con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;
- di essere Iscritto al ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° (barrare) anno del corso di formazione in medicina generale, presso _____ triennio CFSMG _____ con sede _____ provincia _____ (*)

(*)Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere agli ambiti carenti del SEU 118 che rientrano nell'ambito regionale in cui insiste le sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

MODELLO "G"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(L. 234 del 30.12.2021 co. 1 par. 272)**

**MARCA DA
BOLLO
€16**

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

CAP _____

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a

a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

tel. _____ PEC (campo obbligatorio) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dal comma 1 par. 272 della L. n. 234 del 30.12.2021, 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:

n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	n.	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE
1				4			
2				5			
3				6			

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR

dichiara

- di essere Residente a _____ Prov. _____ Via _____
dal _____ n. _____ c.a.p. _____ a far data
dal _____ Residente nel territorio della Regione _____ dal _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voto di laurea _____ (specificare se il voto di Laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____, dal _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 dell'ACN 04/04/2024;

Valutazione dell'anzianità di servizio:

n.	Incaricato c/o ASL	Inizio Incarico	Fine incarico	n.	Incaricato c/ASL	Inizio Incarico	Fine incarico
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto L. 234 del 30.12.2021 par. 272, di poter accedere alla assegnazione degli incarichi carenti a tempo indeterminato, in subordine agli aventi titolo ai sensi dell'art. 63 co. 6 lett. a), b), c), d) e) ed f) dell'ACN 04/04/2024.

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: La dichiarazione sostitutiva di notorietà è esente da bollo e va corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

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 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
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 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