Concorsi e avvisi relativi alle procedure di reclutamento del personale

REGIONE PUGLIA - DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO ASSISTENZA SANITARIA E MEDICINA CONVENZIONATA 20 ottobre 2026, n. 169

Determinazione dirigenziale n. 136 del 16.07.2026. Pubblicazione ex art. 34 ACN MMG degli ambiti carenti non assegnati.

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. 1657 del 29/10/2025 avente ad oggetto: "Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione".
- Vista la determinazione dirigenziale n. 106 dell'11/11/2025 della Sezione Organizzazione e Formazione del Personale, avente ad oggetto: "Ridefinizione assetto dei Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1154 del 4 agosto 2025";
- Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 98 del 28/04/2026, recante "Conferimento della titolarità di n. 6 Incarichi di Elevata Qualificazione alle dipendenze della Sezione Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata di cui all'Avviso di Selezione indetto con Determinazione Dirigenziale n. 212/DIR/2026/00094 del 14/04/2026";
- 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. del 26/09/2024, n. 1295 recante "Valutazione di impatto di genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico- operativi e avvio fase strutturale";
- Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- Visto l'Accordo Integrativo Regionale recepito con DGR n. 636 del 16/05/2025.

Sulla base dell'istruttoria espletata dai Responsabili E.Q., riceve la seguente relazione:

Considerato che:

- l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) approvato con DGR n. 636/2025 prevede, all'art. 28 comma 4,

che *"per la sola annualità 2025, nelle more dalla determinazione degli atti di programmazione di cui al precedente comma 2, che determineranno anche la riorganizzazione dell'attività oraria e il fabbisogno definitivo di medici a ruolo unico, il rapporto ottimale nella regione è di 1 medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore al 50%";*

- la Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, sulla base della disposizione di cui al punto precedente, si è tempestivamente attivata, tra la fine dell'annualità 2025 e l'inizio dell'annualità 2026, per presentare al tavolo sindacale una proposta di definizione del nuovo rapporto ottimale;
- la nuova proposta si basava su un sistema a geometrie variabili che, valorizzando le peculiarità orografiche e territoriali all'interno della Regione Puglia, definiva un rapporto medico-popolazione diverso a seconda degli ambiti territoriali, adattandosi alle caratteristiche e alle specificità degli stessi;
- la proposta aveva lo scopo di eliminare alcune anomalie riscontrate in relazione alla distribuzione dei medici sul territorio, alla carenza degli stessi, all'armonizzazione della distribuzione dei professionisti con la rete delle AFT e del loro collegamento funzionale alle Case di Comunità, come previsto dalla normativa vigente;
- tale proposta non è stata accolta dal tavolo sindacale, che nella seduta di delegazione trattante del 12.03.2026 ha confermato, anche per l'annualità 2026, il rapporto ottimale uniforme su tutto il territorio regionale nella misura di un medico ogni 1.300 assistiti;
- le trattative sindacali sono poi proseguite al fine di definire la posizione dei medici temporanei ad attività oraria che, secondo l'Accordo Collettivo Nazionale, risultano obbligati all'apertura dello studio medico al momento dell'acquisizione del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- a seguito di trattativa, sulla base di quanto definito nella delegazione trattante del 20.04.2026, è stata emanata la circolare n. 0220580 del 22.04.2026, con la quale, altresì, sono state impartite alle Aziende Sanitarie Locali le opportune disposizioni per la rilevazione delle zone carenti 2026;
- le rilevazioni aziendali delle zone carenti sono pervenute alla competente Sezione regionale come di seguito:

    - ASL BARI: note acquisite a prot. nn. 0264483/2026, 0269853/2026, 0276135/2026, 0317841/2026, 00328452/2026, 0350907/2026, 339936/2026, 0405241/2026 e, da ultimo - a seguito delle anomalie riscontrate con nota prot. n. 0389317/2026 del 01/07/2026 - con nota prot. n. 0419907 del 13/07/2026**;**
    - ASL BRINDISI: nota acquisita a prot. n. 0360452 del 19/06/2026;
    - ASL BT: nota acquisita a prot. n. 00360742 del 19/06/2026;
    - ASL FOGGIA: note acquisite a prot. nn. 313253/2026, 360535/2026 e, da ultimo, nota acquisita a prot. n. 0373024 del 25/06/2026;
    - ASL LECCE: note acquisite a prot. nn. 0310464/2026, 0349367/2026 e, da ultimo, nota acquisita a prot. n. 0367198 del 23/06/2026;
    - ASL TARANTO: nota acquisita a prot. nn. 0353583/2026 e, da ultimo, nota acquisita a prot. n. 0348181 del 16/06/2026.
    - preso atto delle rilevazioni aziendali e risolte le anomalie rilevate, con determinazione dirigenziale n. 136 del 16.07.2026 recante *"Art. 31 comma 3, art. 32 comma 8, art. 32 comma 9 ACN MMG triennio 2022-2024. Avvio procedura di assegnazione carenze annualità 2026"*, è stata avviata la procedura di pubblicazione delle carenze per l'annualità 2026;

- le Aziende sanitarie locali hanno comunicato l'esito dei subprocedimenti espletati ai sensi dell'art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell'AIR 2025, mediante comunicazioni trasmesse anche a seguito di nota regionale di sollecito per le Aziende inadempienti (nota regionale prot. n. 0562085 del 24 settembre 2026**)**:

    - ASL BARI: nota acquisita a prot. n. 0502099 del 01/09/2026;
    - ASL BRINDISI: nota acquisita a prot. n 0588370 del 06/10/2026;
    - ASL BT: nota acquisita a prot. n. 0502109 del 01/09/2026;

- ASL FOGGIA: nota acquisita a prot. n. 0500352 del 31/08/2026
- ASL LECCE: nota acquisita a prot. n. 0564314 del 25/09/2026
- ASL TARANTO: nota acquisita a prot. n. 0482882 del 12/08/2026.

Pertanto, a seguito della ricezione dell'ultima rilevazione pervenuta in data 06/10/2026, si rende necessario procedere alla pubblicazione delle zone carenti 2026 ai sensi dell'art. 34 dell'ACN della medicina generale.
Per i Comuni di Anzano di Puglia e Castelluccio Valmaggiore, rilevati come carenti a seguito di procedura di mobilità e non pubblicati ai sensi della determinazione dirigenziale n. 136 del 16.07.2026, si rende necessario demandare alla ASL Foggia l'espletamento della procedura ai sensi degli art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN della medicina generale, comunicandone le risultanze alla Sezione regionale competente entro il 30 novembre 2026.
Per gli altri Comuni interessati dalla procedura di mobilità intraaziendale e già oggetto di pubblicazione ai sensi della determinazione dirigenziale n. 136 del 16.07.2026, può procedersi all'espletamento della procedura ex art. 34 ACN.

Tenuto conto che:

- rientra nella responsabilità delle ASL il corretto svolgimento delle procedure effettuate ai sensi dell'art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell'AIR 2025.

Valutato pertanto che:

- occorre procedere, nell'ambito del procedimento avviato con determinazione dirigenziale n. 136/2026, all'espletamento del subprocedimento di cui all'art. 34 dell'ACN di medicina generale, mediante la pubblicazione delle zone carenti non assegnate all'esito delle procedure di cui all'art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell'AIR 2025, sulla base di quanto dichiarato dalle Aziende sanitarie locali.

Verifica ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 e 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 alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D. lgs. n. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal 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 la 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* X *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.

Di prendere atto del complesso iter, così come descritto in narrativa, che ha inevitabilmente condotto alla pubblicazione delle zone carenti con ritardo rispetto al termine ordinatorio previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale di settore.

Di prendere atto di quanto riportato dalla Aziende sanitarie locali circa le risultanze dei procedimenti attivati ai sensi della determinazione dirigenziale n. 136 del 16/07/2026.

Di approvare l'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante le zone carenti non assegnate dalle Aziende sanitarie locali attraverso le procedure di cui agli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN di medicina generale, secondo quanto certificato dai competenti uffici aziendali.

Di demandare alla ASL Foggia, per i Comuni di Anzano di Puglia e Castelluccio Valmaggiore, l'espletamento della procedura ai sensi degli art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN della medicina generale, comunicandone le risultanze alla Sezione regionale competente entro il 30 novembre 2026.

Di approvare l'allegato B, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante l'avviso pubblico ai sensi dell'art. 34 dell'ACN di medicina generale.

Di approvare l'allegato B1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante la modulistica per la presentazione delle domande di assegnazione degli incarichi vacanti.

Di approvare l'allegato B2, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Di stabilire, secondo quanto affermato dalla determinazione dirigenziale n. 00136 del 16/07/2026, che il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

Di stabilire, secondo quanto affermato dalla determinazione dirigenziale n. 00136 del 16/07/2026, che i medici che hanno accettato l'incarico all'esito dei subprocedimenti di cui agli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9, non possono partecipare al presente subprocedimento ex art. 34 dell'ACN.

Di notificare il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL.

ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
ALLEGATO A.pdf - a8cdd8cf8dc04a886b140616761c7de9ca753a90d53aa16cc04acb23d6e662d0
ALLEGATO B - avviso.pdf - 069f1997b63873ff503790305da6990fa00ef03a0e4d6dc18222c73ff48c7bd5
allegato b1.pdf - ab705ea8ef26f1dcc81786155a185690b0c9cac5a88667fc0654357b7e35c07a

allegato b2.pdf -
4643b5408af8dc28d209c0e4bde27c86634d485865c504f2c768484a930a5159

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Come Proposta: Codice Cifra 212/DIR/2026/00187
Sottoscrittori Proposta:

- Responsabile EQ Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rinvenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
  Emanuele Carbonara
- Istruttore Proposta e Responsabile Pubblicazione
  Cosimo Grieco

Firmato digitalmente da:

Il Dirigente della Sezione Programmazione e monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina convezionata
Antonella Caroli

ALLEGATO A

Ambiti Carenti

ASL BARI		
Comune	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
Adelfia	3	
Alberobello	1	
Altamura	4	
Bari - Municipio 1	8	
Bari - Municipio 2	5	
Bari - Municipio 3	3	1 incarico zona Villaggio del Lavoratore
Bari - Municipio 4	4	
Bari - Municipio 5	2	1 incarico dal 28/12/2026
Bitonto	6	1 zona Palombaio 1 zona Mariotto
Casamassima	2	
Cassano Murge	1	
Castellana Grotte	1	
Conversano	2	1 incarico dal 18/11/2026
Corato	3	
Gioia del Colle	1	
Giovinazzo	2	
Gravina di Puglia-Poggiorsini	2	1 incarico dal 14/12/2026
Locorotondo	2	
Modugno	2	
Molfetta	4	1 incarico dal 11/11/2026
Monopoli	3	
Noci	4	
Noicattaro	1	
Palo del Colle	2	
Polignano	2	
Putignano	2	
Ruvo di Puglia	2	
Sannicandro	1	
Santeramo in Colle	7	
Terlizzi	2	
Triggiano	3	
Turi	2	
Valenzano	2	
TOTALE	**91**	

ASL BRINDISI		
Comune	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
Brindisi	11	1 con obbligo di apertura in Tuturano
San Vito dei Normanni	1	
Fasano	4	
Cisternino	1	
Ostuni	2	
Francavilla Fontana	3	
Ceglie Messapica	1	
Oria	1	
San Pancrazio Salentino	4	
Mesagne	2	
Latiano	2	
Torre Santa Susanna	2	
TOTALE	**34**	

ASL BT		
Comune	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
Margherita di Savoia	3	
S. Ferdinando di Puglia	1	
Trinitapoli	3	
Andria	7	
Canosa di Puglia	5	
Minervino Murge	1	
Barletta	6	
Bisceglie	6	1 incarico dal 19.11.2026 1 incarico dal 20.11.2026
Trani	2	
TOTALE	**34**	

ASL FOGGIA		
Comune	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
San Severo	6	3 San Severo Nord (di cui 1 dal 06/11/2026 e 1 dal 24/11/2026) 3 San Severo Sud
Torremaggiore	6	
Apricena	1	
San Nicandro Garganico	1	
Peschici - Rodi Garganico	3	3 Comune Peschici
Manfredonia - Zapponeta	7	5 Manfredonia Nord 1 Manfredonia Sud 1 Comune Zapponeta
Cerignola	4	3 Cerignola 1 1 Cerignola 2
Carapelle - Ordona	2	1 Comune Carapelle 1 Comune Ordona
Ortanova	3	
Stornara-Stornarella	2	1 Comune Stornara 1 Comune Stornarella
Castelluccio Valmaggiore- Celle San Vito- Faeto-Orsara di Puglia	1*	1 Castelluccio Valmaggiore con obbligo apertura 2° e 3° studio a Celle San Vito e Faeto*
Celenza Val Fortore-Casalvecchio di Puglia-Castelnuovo della Daunia-Casalnuovo Monterotaro-Pietramontecorvino- Carlantino-San Marco La Catola	1	Comune Celenza Val Fortore dal 07/12/2026
Castelluccio dei Sauri-Deliceto-Bovino	1	1 Castelluccio dei Sauri
Monteleone di Puglia-Accadia-Anzano di Puglia-Panni-Sant'Agata di Puglia	1*	1 Anzano di Puglia*
Candela-Rocchetta Sant'Antonio-Ascoli Satriano	3	1 Comune Candela 1 Comune Rocchetta Sant'Antonio 1 Comune Ascoli Satriano
Foggia	12	1 Foggia Arpi (1 con obbligo di apertura dal 17/12/2026) 3 Foggia Ferrovia (di cui 1 dal 18/11/2026) 4 Foggia Centro 4 Foggia Macchia Gialla (di cui 1 dal 20/11/2026)
TOTALE	**52**	***da pubblicarsi ai sensi degli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 ACN**

ASL LECCE		
Ambito territoriale	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
Lecce-Arnesano	2	Comune Lecce (di cui 1 frazione Frigole)
Surbo	1	
Lequile-San Pietro in Lama	1	Comune San Pietro in Lama
Squinzano	1	
Galatone-Seclì	1	Comune Galatone
Nardò	1	
Copertino	1	
Porto Cesareo	2	
Cutrofiano-Sogliano Cavour	1	Comune Sogliano Cavour
Soleto	1	
Neviano	1	
Gallipoli	2	
Racale	2	
Taviano	1	
Maglie	1	
Minervino-Santa Cesarea Terme- Uggiano La Chiesa	2	1 Comune Santa Cesarea Terme (frazione Cerfignano) 1 Comune Uggiano La Chiesa (frazione Casamassella)
Giuggianello-Poggiardo-Sanarica	2	1 incarico Comune Poggiardo 1 incarico Comune Sanarica
Taurisano	1	
Tuglie	1	
Presicce-Acquarica	2	
Morciano di Leuca-Salve	1	Comune Salve
Ugento	4	
Miggiano-Specchia-Montesano Salentino	2	1 Comune Miggiano 1 Comune Specchia
Alessano	1	
TOTALE	**35**	

4

ASL TARANTO		
Ambito territoriale	**Carenze**	**Decorrenza e vincoli di zona**
Castellaneta (località Marina)	1	
Ginosa	1	
Laterza	2	
Massafra	3	
Mottola	1	
Palagiano	2	
Statte	3	
Taranto AFT 1 (Talsano-Lama-San Vito)	3	
Taranto AFT 2 (Solito-Borgo)	3	
Taranto AFT 3 (Montegranaro-Solito)	3	
Taranto AFT 4 (Montegranaro-Salinella)	3	
Taranto AFT 5 (Tamburi-Paolo VI)	8	4 incarichi zona Tamburi 4 incarichi zona Paolo VI
Taranto AFT 6 (Solito-Borgo)	4	
Crispiano	1	
Martina Franca	1	
Carosino	1	
2° Aggregazione (Faggiano-Monteparano-Roccaforzata)	1	Comune Monteparano
Grottaglie	3	1 incarico dal 26/09/2026
Leporano	1	
1° Aggregazione (Monteiasi-Montemesola)	2	1 incarico Comune Monteiasi 1 incarico Comune Montemesola
Pulsano	1	dal 02/08/2026
San Giorgio Jonico	2	
San Marzano di San Giuseppe	2	
Avetrana	1	
Fragagnano	2	
Lizzano	1	dal 09/11/2026
Manduria	4	
3° Aggregazione (Maruggio-Torricella)	3	1 incarico Zona Marruggio 2 incarichi zona Torricella, di cui 1 dal 29/08/2026
Sava	2	1 incarico dal 14/12/2026
TOTALE	**65**	

ALLEGATO B

Avviso pubblico ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (ambiti carenti ex determinazione dirigenziale n. 136 del 16.07.2026, residuali rispetto alle procedure ex art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN MMG)

MEDICI AVENTI TITOLO A PARTECIPARE

Possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo il seguente ordine:

a) **Per trasferimento tra Aziende (interaziendale) - art. 34, comma 5 lettera a) ACN MMG**,

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione Puglia e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni.
Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria.
I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionati ottenuti nel calcolo di sui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico.
Si precisa che gli incarichi saranno conferiti nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria.
I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria, del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, già incaricati a tempo indeterminato al giorno della pubblicazione del presente avviso sul BURP, possono concorrere all'assegnazione solo ai sensi della presente lett. a).

Criteri di graduazione
I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, comma 1 dell'ACN. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.
L'anzianità di servizio si calcola a partire dalla data di conferimento dell'incarico a tempo indeterminato fino alla data di scadenza per la presentazione delle domande di cui al presente avviso.
In casi di pari posizioni in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

b) **Per graduatoria- art. 34, comma 5- lettera b) ACN MMG**,
i medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2026 approvata con determinazione dirigenziale n. 77 del 29/12/2025 e pubblicata sul BURP. n. 3 del 12/01/2026.

Criteri di graduazione
I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
Punteggio riportato nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2026, approvata con determinazione dirigenziale n. 77 del 29/12/2025 e pubblicata sul BURP. n. 3 del 12/01/2026.

- **Punti 5** a coloro che, nell'ambito territoriale dichiarato carente per l'attività a ciclo di scelta 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 (31.01.2025) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- **Punti 20** ai medici residenti nell'ambito della Regione Puglia da almeno due anni antecedenti la scadenza per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31.01.2025) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
  In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
  Per l'assegnazione degli incarichi di cui alla presente lettera viene riservata una percentuale, calcolata a livello regionale, come di seguito indicato:

1) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
2) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medina generale.

L'assegnazione avviene nel rispetto dei criteri di cui alla DGR n. 2453/2019.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domanda, incarichi spettanti ad una delle suddette riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di cui alla presente lettera possono concorrere esclusivamente per una delle su indicate riserve, fatto salvo il disposto di cui al capoverso precedente, e devono dichiarare nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere. In caso di mancata indicazione della riserva, l'Azienda applica l'istituto del soccorso istruttorio, richiedendo la suddetta indicazione entro il termine perentorio di 10 giorni. Trascorso il suddetto termine perentorio, la mancata indicazione della riserva da parte dell'aspirante comporta l'esclusione della procedura.
I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva su indicate sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

c) <u>ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera c) ACN MMG</u>,
i medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.01.2025) non presenti nella graduatoria di cui alla lett. b). Tali medici partecipano autocertificando, al momento della presentazione della domanda per la partecipazione al presente avviso, il possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

Criteri di graduazione
I medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

d) <u>ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera d) ACN MMG</u>,
i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente e che non abbiano già avuto modo di concorrere alla procedura in altro modo (parere SISAC prot. n. 540/2025).

Criteri di graduazione
I medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

e) <u>ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera e) ACN MMG</u>,
i medici di cui all'articolo 9, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 a condizione esclusiva che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Puglia.

Criteri di graduazione

I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del 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) **<u>ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera f) ACN MMG</u>,**
i medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 *(Decreto Calabria),* a condizione esclusiva che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Puglia.

Criteri di graduazione

I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del 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.

Come previsto dall'art. 34 co. 13 dell'ACN, le Aziende, interpellano i medici di cui al comma 5 secondo il seguente ordine: lettera a), lettera b), sulla base delle percentuali di riserva summenzionate; lettere c), d), e) ed infine f), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

Gli aspiranti, a pena di esclusione, devono produrre, a mezzo PEC entro il termine perentorio di 20 gg. (venti) dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza unica di assegnazione di incarico in conformità agli schemi allegati sub lett. B1, indirizzandola alle Aziende Sanitarie Locali competenti.

- domanda per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. a);
- domanda per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. b);
- domanda per i medici in possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. c) e d);
- domanda per i medici frequentanti il CFSMG (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. e) e f).

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) di invio della domanda.
La domanda dovrà essere firmata, a pena di irricevibilità, 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 a mezzo PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, ai seguenti indirizzi:

a) <u>agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it</u>
b) <u>protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</u>
c) <u>Ufficio.convenzioni.aslbat@pec.rupar.puglia.it</u>
d) <u>perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it</u>
e) <u>aslfg@mailcert.aslfg.it</u>
f) <u>area.personale@pec.asl.lecce.it</u>

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE INCARICHI A RUOLO UNICO ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2026 AMBITO TERRITORIALE/COMUNE DI…. 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). È onere del candidato verificare l'effettiva ricezione della domanda, da parte delle AA.SS.LL., 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.
Alla domanda deve essere allegata, a pena di esclusione, 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).
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.
La presentazione della domanda con modalità diverse da quelle indicate nel presente avviso costituisce causa di irricevibilità della domanda medesima.
Ai sensi dell'art. 34 comma 23 dell'ACN, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica dovrà essere presentata all'atto dell'assegnazione dell'incarico, ai fini della valutazione di eventuali incompatibilità. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. La relativa modulistica allegata al presente avviso *sub* lett. B2) dovrà essere consegnata dal candidato all'Azienda in sede di convocazione per l'assegnazione.

CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Il Direttore Generale dell'Azienda interessata, ricevuti gli atti di accettazione, conferisce gli incarichi a tempo indeterminato a ruolo unico di assistenza primaria ai medici di cui alle graduatorie relative alle lettere a), b), c) e d) e gli incarichi temporanei di ruolo di assistenza primaria ai medici di cui alle graduatorie relative alle lettere e) e f), ai sensi dell'art. 33, comma 4 dell'ACN, alle condizioni di seguito indicate.
Incarichi a tempo indeterminato
L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato è conferito in una sola Azienda e comporta il contestuale svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività oraria rispetto alla variazione delle scelte in carico fino al massimale di 1500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito riportato:

Carico Assistiti	Attività oraria obbligatoria
dal conferimento dell'incarico fino a 400	38 ore
da 401 a 1.000	24 ore
da 1.001 a 1.200	12 ore
Da 1.201 a 1.500	6 ore

Incarichi temporanei
Per il concomitante periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale, in attuazione di quanto disposto dall'art. 12, comma 3-bis, lettera b), del D.L. 24 marzo 2022, n. 24,

convertito con modificazioni dalla L.19 maggio 2022, n. 52, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria comporta il contestuale svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 24 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività oraria rispetto alla variazione delle scelte in carico fino al massimale di 1.000 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito riportata:

Carico Assistiti	Attività oraria obbligatoria
dal conferimento dell'incarico fino a 650	24 ore
da 651 a 1.000	12 ore

Il Direttore Generale, ai sensi e nel rispetto della normativa legislativa e contrattuale di riferimento, con decorrenza dalla data del conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa presentazione dell'autocertificazione del titolo da parte del medico stesso, conferisce al medico titolare di incarico temporaneo, l'incarico a tempo indeterminato nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria Il Direttore Generale integra le attività orarie e a ciclo di scelta secondo quanto previsto dall'articolo 38, comma 1.
Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di propria frequenza, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'art. 24, comma 5 e 6 del D.lgs 17 agosto 1999, n. 368, comporta la decadenza dell'incarico.

Le AA.SS.LL. dovranno procedere a formulare le graduatorie ed assegnazione dei relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

- ASL BA: 14 dicembre 2026
- ASL BR: 15 dicembre 2026
- ASL BT: 16 dicembre 2026
- ASL FG: 17 dicembre 2026
- ASL LE: 18 dicembre 2026
- ASL TA: 21 dicembre 2026

Le Aziende, provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di 15 giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all'art. 34 dell'ACN.
La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, 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 interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione. 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.21 dell'ACN.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
Ai sensi della norma transitoria n. 4 dell'ACN MMG *"Il medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di incarico a ciclo di scelta e ad attività oraria all'entrata in vigore del presente Accordo, in caso di accettazione del trasferimento ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a) decade da tutti gli incarichi in essere, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 34, comma 20."*

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione.

Per tutto quanto non disciplinato dal presente avviso, si rinvia al vigente Accordo Collettivo Nazionale.

ALLEGATO B1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

(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) _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria:

   ☐ **a ciclo di scelta:**

   presso l'Azienda ASL di _____ ambito territoriale _____della Regione _____dal_____ indicando eventuali periodi di sospensione dall'incarico dal _____al_____;

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria a **ciclo di scelta:**

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

5. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria:

   ☐ **ad attività oraria**

   presso l'Azienda ASL di _____ sede _____della Regione _____dal_____ indicando eventuali periodi di sospensione dall'incarico dal _____al_____;

6. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria **ad attività oraria:**

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

   dal_____ al_____ ASL_____ Regione_____

7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

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

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(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) _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2026 al posto n. _____con punti_____ pubblicata sul BURP n. 3 del 12/01/2026. .

FA DOMANDA

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

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			**7**		
2			**8**		
3			**9**		
4			**10**		
5			**11**		
6			**12**		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o attività oraria;
4. di essere residente nel comune di_____ dal_____ Regione_____
5. precedenti residenze**:**
   dal_____ al_____ Comune di _____ (_____) Regione_____;
   dal_____ al_____ Comune di _____ (_____) Regione_____;

6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione_____ in data_____;
7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 34, commi 14, 15 e 16 ACN di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato *(barrare una sola casella)*:

□ **riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;**
□ **riserva per medici in possesso del titolo equipollente;**

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI IINCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

(art. 34 co. 5 lett. c, Vigente ACN)

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_____.

FA DOMANDA

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

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			**7**		
2			**8**		
3			**9**		
4			**10**		
5			**11**		
6			**12**		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di aver acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione_____ in data_____;
4. di essere residente nel comune di_____ dal_____
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega alla presente:

1. **certificato storico di residenza o autocertificazione/dichiarazione sostitutiva**
2. **Attestato di formazione specifica in medicina generale.**

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, a pena esclusione, 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).

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI IINCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

(art. 34 co. 5 lett. d, Vigente ACN)

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_____.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. _____del_____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			**7**		
2			**8**		
3			**9**		
4			**10**		
5			**11**		
6			**12**		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di aver acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione_____ in data_____;
4. di essere residente nel comune di_____ dal_____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679

Allega alla presente:

1. **certificato storico di residenza o autocertificazione/dichiarazione sostitutiva**
2. **Attestato di formazione specifica in medicina generale.**

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, a pena esclusione, 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).

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI IINCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Puglia di cui all'articolo 9, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 60 (Decreto Semplificazioni))

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) _____

FA DOMANDA

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

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di frequentare il_____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica di medicina generale relativo al corso triennale _____/_____presso la Regione Puglia iniziato in data_____;
4. di essere residente nel comune di_____ dal_____ Regione_____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI IINCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Puglia di cui all'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

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) _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. _____del_____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di_____ in data_____ con voto_____;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di_____;
3. di frequentare il_____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica di medicina generale relativo al corso triennale _____/_____presso la Regione Puglia iniziato in data_____;
4. di essere residente nel comune di_____ dal_____ Regione_____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

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

ALLEGATO B2

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
art.47 D.P.R. 445/2000

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 compartecipe 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"