

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti territoriali carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) rilevate a marzo 2016.**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 29/07/2009 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI
DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(118) RILEVATE AI SENSI DEL COMMA 3, ART. 92, ACN 29/07/2009 DALLE AZIENDE
SANITARIE A MARZO 2016. INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI.**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1 INCARICO	Nota n. 22803 del 12/04/18 (residuo settembre 2015)
2	TRANI	2 INCARICHI	(residui settembre 2015)
3	CANOSA DI PUGLIA	2 INCARICHI	(residui settembre 2015)
3	MINERVINO MURGE	4 INCARICHI	(residui settembre 2015)
NESSUNA CARENZA			Delibera n. 703 del 31/03/16 (carenze marzo 2016)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lunoomare Starita n°6 70123 Bari			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
NESSUNA CARENZA			Delibera n. 602 del 29/03/16

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR\1 Via Napoli n° 8 72100 Brindisi			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
1	CISTERNINO	2 INCARICHI	Nota n.15937 del 28/02/18 (residui settembre 2015)
1	CEGLIE MESSAPICA	5 INCARICHI	(residui settembre 2015)
1	FASANO	4 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	MESAGNE	5 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	S.PIETRO VERNOTICO	5 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	MESAGNE	1 INCARICO	Delibera n. 1702 del 02/10/17 (carenza marzo 2016)
1	OSTUNI	1 INCARICO	(carenza marzo 2016)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
1	VOLTURINO	1 INCARICO	Nota n° 30324 del 11/04/18 (residui settembre 2015)
4	CERIGNOLA	1 INCARICO	
8	VICO DEL GARGANO	1 INCARICO	
8	RODI GARGANICO	1 INCARICO	
9	PESCHICI	4 INCARICHI	
10	ZAPPONETA	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Manlietta n°5 73100 Lecce			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
1	CAMPI SALENTINA	1 INCARICO	Nota n. 58355 del 17/04/18 (residuo marzo 2015)
1	CAMPI SALENTINA	1 INCARICO	(carenza marzo 2016)
4	OTRANTO	1 INCARICO	(carenza marzo 2016)
3	GALATINA	1 INCARICO	(carenza marzo 2016)
1	COPERTINO	1 INCARICO	(carenza marzo 2016)

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA\1			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
AREA	POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA O NOTA
2	TARANTO NORD	1 INCARICO	nota n°68726 del 12/04/18 (residuo settembre 2012)
2	TARANTO SUD	1 INCARICO	(residuo settembre 2012)
2	TALSANO	5 INCARICHI	(residuo settembre 2012)
2	CRISPIANO	3 INCARICHI	(residuo settembre 2012)
3	TORRICELLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2013)
3	PULSANO	1 INCARICO	(carenza settembre 2013)
1	CASTELLANETA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	LATERZA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	MOTTOLA	1 INCARICO	(residuo marzo 2015)
3	MANDURIA	1 INCARICO	(residuo marzo 2015)
3	TORRICELLA	1 INCARICO	(residuo settembre 2015)
1	MOTTOLA	2 INCARICHI	(residui settembre 2015)
1	GINOSA	3 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	TARANTO CENTRO	3 INCARICHI	(residui settembre 2015)
2	TARANTO SUD	1 INCARICO	Delibera n.1824 del 08/08/17 (carenza marzo 2016)

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicate è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2016, approvata con determinazione dirigenziale n. 104 del 02/12/2016 e pubblicata sul BURP n. 140 del 07/12/2016.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento del possesso del requisito per la formulazione delle graduatorie aziendali di cui discendono gli incarichi di Medicina Generale è la data di rilevazione delle carenze.

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

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
- b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06.
- e) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 L.R. n° 7 del 28/03/12.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 15 (quindici) giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, in conformità

agli schemi allegati, indirizzandola alle AA.UU.SS.LL. competenti. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.

- Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 29/07 /09.
- Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all'art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 29/07/09.
- Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3) di cui alla L.R. n° 26 del 09/08/06).
- Allegato "D" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1) di cui alla L.R. n°7 del 28/03/12, e comunque in servizio alla data del 31/3/2012, su postazioni individuate dalla DGR/2488 del 15/12/2009.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, attestante le eventuali situazioni di incompatibilità che in ogni caso devono essere rimosse alla data di assegnazione dell'incarico (comma 14, art. 92, ACN 29/07/09).

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE
(Sig. Pietro LAMANNA)

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito Carbone)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Giuseppe LELLA)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _____ F _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale

pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All' Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M. F. _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2016 con punti _____ alla posizione n° _____
pubblicata sul BURP n° 140 del 07/12/2016

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26 del 09/08/2006**

BOLLO

RACCOMANDATA

All' Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M F _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

-
- la propria residenza
-
-
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dalla L.R. n° 7 del 28 marzo 2012**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M F _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dall'art. 1) di cui alla L.R. n° 7 del 28/03/12 per personale in servizio alla data del 31/3/2012 e su postazioni individuate dalla DGR n. 2488 del 15/12/2009.

allegati n° ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

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

-
- la propria residenza
-
-
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____