

Concorsi

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti carenti straordinari di medicina pediatrica di libera scelta.**Allegato 1****ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA****PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 27 BIS AIR/2008**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI Lungomare Starita n.6 – 70126 BARI			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
	BARI – MUNICIPIO 2	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019
	BARI – MUNICIPIO	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019
04	SANTERAMO IN COLLE	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019
13	CASAMASSIMA	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019
10	TRIGGIANO	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Viale Fornaci 201 – 76123 ANDRIA			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	PROVVEDIMENTO
03	CANOSA DI PUGLIA	1 INCARICO	VERBALE CPR del 07/08/2019

Ai sensi del novellato art.33, co.5, ACN 29.07.2009, possono concorrere al conferimento dell'incarico delle suddette zone carenti straordinarie:

- a) per trasferimento i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno 2 (due) anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. I pediatri di libera scelta già inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, possono concorrere per trasferimento a condizione che siano iscritti in un ambito di scelta di provenienza diverso da quello per il quale concorrono.
- b) per trasferimento i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno 4 (quattro) anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 pubblicata sul BURP n.18 del 14.02.2019;
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione di incarico.

I pediatri di cui alle lett. a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1. Gli stessi dovranno presentare dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46- 47 DPR 445/2000, attestante

la sussistenza di periodi di sospensione

la non sussistenza di periodi di sospensione

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai criteri riportati al comma 7) del novellato art.33.

Si precisa che il calcolo del requisito dell'anzianità (2 o 4 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (07.08.2019)

Gli aspiranti, entro 20 giorni dalla data successiva alla pubblicazione del presente avviso sul BURP, presentano alla Azienda Sanitaria Locale apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

La graduazione delle domande degli aspiranti sarà effettuata in conformità ai criteri di cui al novellato art.33 ACN.

il Dirigente del Servizio Strategia e governo dell'Assistenza Territoriale
Dott. Giuseppe LELLA

Il Dirigente del Servizio Strategia e governo dell'Assistenza Ospedaliera
Dott. Vito CARBONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
(PER TRASFERIMENTO)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO

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 _____ CAP _____, residente nel territorio della Regione Puglia dal _____, con incarico in atto c/o ASL _____, Comune di _____, dal _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. ____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. B) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. ____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

Ambito distrettuale n. _____ Zona carente: _____ ASL _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. A) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 2 (due) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Puglia e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dichiaro altresì di provenire da un ambito di scelta diverso da quello per il quale si concorre.

- di esser residente a _____ dal _____

DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. B) ACN 29/07/2009, di risultare già iscritto da almeno 4 (quattro) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

- di esser residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33, comma V, lett. A e B ACN 29/07/2009 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica

Allegati n: _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: _____

Indirizzo PEC : _____

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA
(PER GRADUATORIA)

RACC. A/R

MARCA DA BOLLO

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 _____ CAP _____, residente nel territorio della Regione Puglia dal _____, inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valevole per l'anno _____ al posto n. _____ con punteggio _____, pubblicata sul BURP n. _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 29/07/2009, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____
Ambito distrettuale n. _____	Zona carente: _____	ASL _____

DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.b) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di _____ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di essere residente a _____ dal _____

. DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.c) ACN 29/07/2009, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di essere residente a _____ dal _____

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 33, comma V, lett. c), ACN 29/07/2009.

Allegati n.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo: _____

Indirizzo PEC : _____

data:

firma per esteso