

REGIONE PUGLIA SETTORE ASSISTENZA
TERRITORIALE E PREVENZIONE BARI

Ore carenti di continuità assistenziale rilevate
a settembre 2006



REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE
ATP 3 - UFFICIO n° 3

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 23/03/05 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
PUBBLICAZIONE DELLE ORE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE RILEVATE AI
SENSI DEL COMMA 1, ART. 63, ACN 23/03/05 DALLE AZIENDE SANITARIE A SETTEMBRE
2006.**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT1 Via Fornaci n° 201 70031 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
1	TRANI	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	Delibera N°632 del 09/05/07
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	carenze	DELIBERA o NOTA
2 ex BA/2	CORATO	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	Delibera N°143 del 30/01/07 ex BA/2
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Nota N° 100433 del 30/01/07 ex BA/3
1 ex BA/4	BARI S. Paolo	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1797 del 28/10/06 ex BA/4
1 ex BA/4	BARI C.T.O.	1 INCARICO a 24 ore	
2 ex BA/4	CARBONARA	1 INCARICO a 24 ore	
6 ex BA/4	MOLA DI BARI	1 INCARICO a 24 ore	
3 ex BA/5	PUTIGNANO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1170 del 26/09/06 ex BA/5
3 ex BA/5	ALBEROBELLO	1 INCARICO a 24 ore	
2 ex BA/5	CASAMASSIMA	1 INCARICO a 24 ore	
2 ex BA/5	TURI	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR1 Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N° 1670 del 18/06/07

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
3 ex FG/1	SAN PAOLO in CIVITATE	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°3723 del 15/11/06 ex FG/1
3 ex FG/1	SAN SEVERO	1 INCARICO a 24 ore	
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Nota 178/g.c. del 19/06/07 ex FG/2
3 ex FG/3	VOLTURARA APPULA	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1649 del 18/06/07 ex FG/3

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
2 ex LE\1	CARMIANO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 2450 del 03/07/07 ex LE/1
3 ex LE\1	PORTO CESARIO	1 INCARICO a 24 ore	
4 ex LE\1	MARTANO	1 INCARICO a 24 ore	
3 ex LE\2	CASTRO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 745 del 16/10/06 ex LE/2
5 ex LE/2	SALVE	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA\1			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
1	GINOSA	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 2776 del 27/12/06
3	TARANTO Q.re Paolo VI	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	
5	MARTINA FRANCA	1 INCARICO a 24 ore	
7	LIZZANO	1 INCARICO a 24 ore	



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI e dalle nuove AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 63 del Accordo collettivo nazionale di medicina generale del 23/03/2005.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2006, approvata con determinazione dirigenziale n. 82 del 24/05/07 e pubblicata sul BURP n. 78 del 29/05/2007.

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 Aziende Sanitarie Locali e Provinciali competenti.

Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. a) ACN 23/03/05.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. b) ACN 23/03/05.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della legge n. 445/00, esente da bollo, con allegata copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in posizione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 8, dell'art. 17, ACN 23/03/05.

Per l'assegnazione delle carenze di continuità assistenziale mediante graduatoria regionale di medicina generale si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a), le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale variabile dal 67% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale D.L.vo n.256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03;
- 2) Una percentuale variabile dal 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 23/03/05, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 23/03/05. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO
(DR. Pietro LEOCI)

IL DIRIGENTE DEL SETTORE
(Silvia PAPINI)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

VIA _____

RACCOMANDATA _____

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. ___ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione _____, dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL _____ di _____ per l'ambito distrettuale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP N. _____ Del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (resa ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 63, comma 2 lett. a) dell'ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :
la propria residenza
il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

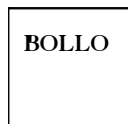
Data _____

(firma per esteso)

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

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)**



DI _____

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE

VIA _____

RACCOMANDATA _____

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. ___ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno _____

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'ACN 23/03/05, di assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 dell' ACN 23/03/05, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e D.L.vo 277/03 (art.16 comma 7 lett. a, ACN 23/03/05);
Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7 lett. b ACN 23/03/05).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Data _____

(firma per esteso)

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