

REGIONE PUGLIA SETTORE ASSISTENZA
TERRITORIALE E PREVENZIONE BARI

**Ambiti carenti di assistenza primaria rilevati
a settembre 2006.**



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

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 23\03\05 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI
DEL COMMA 1, ART. 34, 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
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N°1073 del 27\04\06

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	carenze	DELIBERA o NOTA
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N°1174 del 29/11/06 ex BA/2
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N°1025 del 05/12/06 ex BA/3
1 ex BA/4	BARI	1 INCARICO	Delibera N°1081 del 28/09/06 ex BA/4
2 ex BA/4	BARI	1 INCARICO	
3 ex BA/5	LOCOROTONDO	1 INCARICO	Delibera N°1173 del 26\09\06 ex BA/5

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR1 Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N° 1530 del 06/06/07

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N°3262 del 06/10/06 ex FG/1
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N°1289 del 30\11\06 ex FG/2
1-2	FOGGIA	1 INCARICO	Delibera N°1102 del 24/11/06 ex FG/3

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
1 ex LE/1	LEQUILE	1 INCARICO	Delibera N° 4177 del 20/12/06 ex LE/1
2 ex LE/1	VEGLIE	1 INCARICO	
2 ex LE/1	CAMPI SALENTINA	1 INCARICO	
5 ex LE/1	CUTROFIANO	2 INCARICHI	Delibera N° 747 del 16/10/06 ex LE/2
1 ex LE/2	GALLIPOLI	1 INCARICO	
4 ex LE/2	COLLEPASSO	1 INCARICO	
5 ex LE/2	SPECCHIA	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA\1			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
		NON SI SONO REGISTRATE CARENZE	Delibera N° 2757 del 27/12/06



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI e PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 23/03/05".

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

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15gg. (quindici) 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. 34 comma 2 lett. a) ACN 23/03/05.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 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 L. 445/00, esente da bollo, con allegata una 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, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria mediante graduatoria regionale di medicina generale, si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a) e b), le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 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 del 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

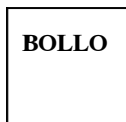
Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 23/03/05, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 23/03/05. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE 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 AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**



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 _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a

tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____

per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di

assistenza primaria pari a mesi _____ .

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23/03/05, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza
il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

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 AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

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 _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno _____

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

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23/03/05, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 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 medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondente di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D.L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);

riserva per 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. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

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.