

**U.S.L. N. 3**  
**UNITÀ SANITARIA LOCALE**  
**AZIENDA DELLA REGIONE UMBRIA**  
**FOLIGNO**

UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

**Avviso di pubblicazione delle zone carenti di assistenza primaria e di continuità assistenziale, così come individuate dalle Aziende sanitarie regionali alla data del 1° settembre 2009.**

Ai sensi degli artt. 34 e 63 del vigente ACN per la medicina generale, si pubblica di seguito l'elenco delle zone carenti di assistenza primaria e di continuità assistenziale, così come individuate dalle Aziende sanitarie della Regione Umbria, alla data del 1° settembre 2009:

Azienda U.S.L. n. 1 – Città di Castello

<b>ATTIVITA'</b>	<b>POSTI</b>	<b>AMBITO TERRITORIALE</b>
Assistenza Primaria	1	Distretto Alto Chiascio Comune di Gubbio
Assistenza Primaria	1	Distretto Alto Tevere Comune di Città di Castello
Assistenza Primaria	1	Distretto Alto Tevere Comune di Umbertide
Continuità Assistenziale	3	Presidi ASL

Azienda U.S.L. n. 2 – Perugia

<b>ATTIVITA'</b>	<b>POSTI</b>	<b>AMBITO TERRITORIALE</b>
Assistenza Primaria	1	Distretto 2 dell'Assisano Comune di Bastia Umbra
Assistenza Primaria	1	Distretto 3 della Media Valle del Tevere Comune di Marsciano
Continuità Assistenziale	5	Presidi Aziendali

Azienda U.S.L. n. 3 – Foligno

<b>ATTIVITA'</b>	<b>POSTI</b>	<b>AMBITO TERRITORIALE</b>
Assistenza Primaria	1	Distretto 2 (con obbligo di assicurare l'ambulatorio principale nel Comune di Spoleto Fraz.San Giacomo)
Assistenza Primaria	1	Distretto 3 – Comune di Foligno
Assistenza Primaria	1	Distretto 3 – Ambito Distrettuale

Azienda U.S.L. n.4 – Terni

<b>ATTIVITA'</b>	<b>POSTI</b>	<b>AMBITO TERRITORIALE</b>
Assistenza Primaria	1	Distretto 1 – Terni, Stroncone
Assistenza Primaria	1	Distretto 2 – Narni-Calvi-Otricoli

I medici attualmente titolari di incarico a tempo indeterminato nei settori di che trattasi potranno presentare istanza di partecipazione all'assegnazione delle carenze, solo per trasferimento e a condizione peraltro, che abbiano l'anzianità minima, di titolarità convenzionale a tempo indeterminato nel settore interessato, prevista dall'A.C.N. di riferimento.

I medici aventi titolo al conferimento dell'incarico dovranno presentare le domande entro il 15° giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso.

Le domande, da utilizzare secondo i fac simile di seguito pubblicati, dovranno, altresì, pervenire all'Ufficio centrale regionale presso l'Azienda USL n. 3 - piazza Dante Perilli c/o Palazzina Micheli, 06049 Spoleto (PG).

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 33, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Informativa sul trattamento dei dati (art. 13, D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003).

I dati personali dei candidati, il cui conferimento è

obbligatorio agli effetti del presente avviso, saranno trattati con sistemi cartacei ed informatici sicuri, esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso e non saranno diffusi o divulgati a terzi, salve le eventuali comunicazioni alla Regione Umbria per le finalità istituzionali correlate al presente avviso e salve le legittime richieste delle Autorità. Titolare del trattamento è l'Azienda ASL n. 3 nella persona della rag. Giuditta Nessi, dirigente del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3. Responsabile del trattamento: dott. Roberto Marandola, collaboratore prof.le amm.vo esperto del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3.

Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7, D.Lgs. n. 196/2003 formulando specifica richiesta al responsabile al trattamento.

Foligno, lì 22 dicembre 2009

*Il dirigente*  
GIUDITTA NESSI

T/2345 (A pagamento)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale  
Piazza Dante Perilli  
C/o Palazzina Micheli  
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M / F codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_  
proveniente dal Comune di \_\_\_\_\_ ove risultava residente dal \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2009 al  
numero \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2 lett.b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
e segnatamente per i seguenti incarichi :

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

----Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art.16, comma 7 e 8 dello stesso Accordo 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 256/91 o 277/2003 (Art.16, comma 7 lett.a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente ( art.16, comma 7, lett. b).

**Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Assistenza Primaria.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
( per trasferimento )**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale  
Piazza Dante Perilli  
C/o Palazzina Micheli  
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M / F codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ 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 n. \_\_\_\_\_  
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 di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per assegnazione degli  
ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione  
Umbria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e segnatamente per i seguenti incarichi :

\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

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. 34, comma 2, lett.  
a) dell'ACN per la medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato :

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata  
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( per graduatoria )**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale  
Piazza Dante Perilli  
C/o Palazzina Micheli  
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M / F codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_  
proveniente dal Comune di \_\_\_\_\_ ove risultava residente dal \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2009 al  
numero \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2 lett.b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e segnatamente per i seguenti incarichi :

ASL n. \_\_\_\_\_

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art.16, comma 7 e 8 dello stesso Accordo 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 256/91 o 277/2003 (Art.16, comma 7 lett.a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente ( art.16, comma 7, lett. b).

**Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Continuità Assistenziale.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( per trasferimento )**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale  
Piazza Dante Perilli  
C/o Palazzina Micheli  
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M / F codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_  
e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l'Azienda  
n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per l'ambito territoriale 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 di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per l' assegnazione degli  
ambiti territoriali carenti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della  
Regione Umbria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e segnatamente per i seguenti incarichi :

ASL n. \_\_\_\_\_

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. 63, comma 2, lett.  
a) dell'ACN per la medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in continuità  
assistenziale:

allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato :

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata  
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**MMG****AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA****(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968 n° 15 e sue successive modificazioni ed integrazioni;

**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 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 guardia medica, nella continuità assistenziale 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 della Legge 626/93:

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 \_\_\_\_\_

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"