

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT/1

Via Fornaci n° 201 70031 Andria

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	ANDRIA	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°531 del 01/04/09
3	CANOSA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48 ore)	
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO a 24 ore	
5	BISCEGLIE	1 INCARICO a 24 ore	
5	TRANI	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48 ore)	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI

Lungomare Starita n°6 70123 Bari

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
52	TERLIZZI	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1012 del 21/04/2009
54	POGGIORSINI	1 INCARICO a 24 ore	
54	GRAVINA	1 INCARICO a 24 ore	
58	BARI - JAPIGIA	1 INCARICO a 24 ore	
60	ADELFA	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR/1

Via Napoli n°8 72100 Brindisi

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
		NON SONO STATE RILEVATE CARENZE	Delibera N°189 del 27/01/2011

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA

Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
51	Lesina-Poggio Imperiale	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°2000 del 03/09/09
52	Sannicandro Garganico	1 INCARICO a 24 ore	
53	Rodi Garganico	1 INCARICO a 24 ore	
53	Vico del Gargano	1 INCARICO a 24 ore	

58	ALBERONA	1 INCARICO a 24 ore
58	Celenza Valfortore	1 INCARICO a 24 ore
58	Motta Montecorvino	1 INCARICO a 24 ore
58	Volturara Appula	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48 ore)
59	ACCADIA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48 ore)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE

Via Maglietta n°5 73100 Lecce

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
55	ARADEO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 2533 del 24/07/09
51	SURBO	1 INCARICO a 24 ore	
56	RACALE	1 INCARICO a 24 ore	
59	MATINO	1 INCARICO a 24 ore	
59	TAURISANO	1 INCARICO a 24 ore	
60	TRICASE	3 INCARICHI a 24 ore (totale 72 ore)	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA/1

Viale Virgilio n°31 74100 Taranto

DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
7	LIZZANO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 1625 del 30/04/09
7	SAVA	1 INCARICO a 24 ore	
7	AVETRANA	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48 ore)	

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI e dalle 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 2009, approvata con determinazione dirigenziale n. 308 del 28/09/10 e pubblicata sul BURP n. 155 del 07/10/10.

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 alle Aziende Sanitarie 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) 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) 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 del Settore
Dr. Fulvio Longo

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 _____

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)**



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 _____ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale, valevole per l'anno 2009

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 155 del 07 OTTOBRE 2010

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23/03/05, per 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 _____

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.