

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/13 del 28 APR 2020.

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 34 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. - Art. 9 D.L. n.135/2018, convertito in L. n. 12/2019, e s.m.i..

Ai sensi dell'art. 34, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati gli ambiti territoriali vacanti e quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante, risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti presentando **esclusivamente mediante PEC** domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando altresì l'allegato F (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato E (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

ATTENZIONE: relativamente agli incarichi pubblicati in previsione di pensionamento del titolare, si precisa che il conferimento dell'incarico è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) **per trasferimento**, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1, ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti nel BURAT. In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari d'incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) **I medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020** pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 160 del 29 novembre 2019.

Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 80 % a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 20 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- 1) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;

- a) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- 3) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

- c) **I medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, come successivamente modificato e integrato, **i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo**, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 34, comma 17 (Avviso da pubblicare sul sito della SISAC), uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità del corso
- medici frequentanti la seconda annualità del corso
- medici frequentanti la prima annualità del corso

in attuazione dell'art. 34, commi 9 e 12, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze - nell'ambito territoriale carente.

L'avviso relativo alla data fissata per l'eventuale interpello sarà pubblicato sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e comunicato ai medici che hanno proposto domanda per gli ambiti residuati.

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati devono essere spediti, alle Aziende U.S.L. in relazione agli ambiti territoriali carenti pubblicati, esclusivamente a mezzo PEC ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'aquila
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti

protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA AMBITI CARENTI AP 2020.

La domanda può essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURA.

La domanda e gli allegati, ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo Allegato E e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione all'albo aziendale.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 34, comma 13, vigente ACN, la Regione unificherà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale pubblicata sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all' art. 34 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi presso la Regione Abruzzo – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI**Zone carenti di assistenza primaria****n. zone carenti****AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA**

Area L'Aquila 3

Area L'Aquila (dal 1 maggio 2020) 1

Area L'Aquila (dall'8 settembre 2020) 1

Area L'Aquila (dal 4 dicembre 2020) 1

Area L'Aquila (dal 9 dicembre 2020) 1

Area L'Aquila
Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Campotosto 1

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Rocca di Mezzo 1

Area Peligno – Sangrina (dal 30 aprile 2020) 1

Area Peligno – Sangrina (dal 28 marzo 2020) 1

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Villalago

Area Peligno – Sangrina (dal 1 aprile 2020) 1

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Cansano

Area Marsica 6

Area Marsica (dal 26 aprile 2020) 1

Area Marsica (dal 4 giugno 2020) 1

Area Marsica (dal 5 giugno 2020) 1

Area Marsica (dal 14 luglio 2020) 1

Area Marsica (dal 16 novembre 2020) 1

Area Marsica (dal 1 dicembre 2020) 1

Area Marsica (dal 22 dicembre 2020) 1

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI**AMBITO TERRITORIALE – Distretto ALTO VASTESE** 1

Con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Carunchio

AMBITO TERRITORIALE – Distretto di Ortona 2

1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ortona

1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Crecchio

AMBITO TERRITORIALE – Distretto di CHIETI 1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Chieti

AMBITO TERRITORIALE – Distretto di LANCIANO	2
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Treglio	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Rocca San Giovanni (dal 1 luglio 2020)	
AMBITO TERRITORIALE – Distretto di FRANCAVILLA AL MARE	4
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Giovanni Teatino	
3 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Francavilla Al Mare	
AMBITO TERRITORIALE – Distretto SANGRO AVENTINO	5
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Altino	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Bomba (dal 20 maggio 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Gessopalena (dal 05 giugno 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Palena (dal 1 giugno 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Palombaro (dal 1 settembre 2020)	
AMBITO TERRITORIALE – Distretto di VASTO	9
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Cupello	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Cupello (dal 14 giugno 2020)	
2 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Salvo	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Casalbordino	
2 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto (dal 1 dicembre 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Monteodorisio (dal 28 agosto 2020)	
AMBITO TERRITORIALE – Distretto di GUARDIAGRELE	6
1 carenza nell'Ambito Territoriale – Distretto di Guardiagrele libera nell'ambito	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Bucchianico	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Martino Sulla Marrucina (dal 28 giugno 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Casacanditella (dall'11 novembre 2020)	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Filetto	
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Pretoro	
AZIENDA USL PESCARA	
Ambito di Pescara	6
Ambito di Pescara (dal 20 marzo 2020)	1
Ambito di Pescara (dal 21 agosto 2020)	1
Ambito di Pescara (dal 29 novembre 2020)	1
Ambito di Pescara (dal 5 dicembre 2020)	1
Ambito di Pescara (dal 9 dicembre 2020)	1
Ambito di Montesilvano – Cappelle sul Tavo	2
Ambito di Cepagatti – Città S. Angelo – Elice – Nocciano – Rosciano Pianella – Moscufo – Spoltore – Catignano – Civitaquana <u>di cui 1 dal 5 settembre 2020</u>	4
Ambito territoriale di Penne – Farindola – Montebello di Bertona Picciano – Britcoli – Civitella Casanova – Vicoli – Villa Celiera Carpineto della Nora – Loreto Aprutino – Collecervino	1
AZIENDA USL TERAMO	
DSS TERAMO	
Ambito territoriale: Basciano – Campi – Canzano – Castellalto – Cortino Penna S. Andrea – Rocca Santa Maria – Teramo – Torricella Sicura – Valle Castellana 2 senza obbligo di apertura dello studio medico in uno specifico Comune	5

- 1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Valle Castellana
- 1 con obbligo di apertura dello studio medico nei Comuni di Rocca Santa Maria e Cortino
- 1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Campi

DSS MONTORIO AL VOMANO

Ambito territoriale: Castel Castagna – Castelli – Colledara – Crognaleto - Fano Adriano 1
Isola del Gran Sasso – Montorio al Vomano – Pietracamela - Tossicia
con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Castelli

DSS VAL VIBRATA

Ambito territoriale: Alba Adriatica – Ancarano – Civitella del Tronto – Colonnella 9
Controguerra – Corropoli – Martinsicuro – Nereto – Sant'Egidio alla Vibrata – Sant'Omero
Torano Nuovo - Tortoreto
1 senza obbligo di apertura dello studio medico in uno specifico Comune
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ancarano
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Civitella del Tronto
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Colonnella
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Nereto
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Sant'Egidio alla Vibrata
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Tortoreto
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Martinsicuro (dal 1 maggio 2020)
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Alba Adriatica (dall'8 dicembre 2020)

DSS ROSETO DEGLI ABRUZZI

Ambito territoriale: Bellante – Giulianova – Morro d'Oro – Mosciano Sant'Angelo 6
Notaresco – Roseto degli Abruzzi
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Giulianova
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Giulianova (dal 12 dicembre 2020)
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Mosciano Sant'Angelo
2 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Roseto degli Abruzzi
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Roseto degli Abruzzi (dall'08 dicembre 2020)

DSS ATRI

Ambito territoriale: Arsita – Atri – Bisenti – Castiglione Messer Raimondo - Castilenti 5
Cellino Attanasio – Cermignano – Montefino – Pineto – Silvi
3 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Pineto
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Silvi
1 con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Silvi (dal 26 aprile 2020)



per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
vacante

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Giuseppe Bucciarelli

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

Al Direttore Generale
ASL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato/a a
_____ Prov. _____ il _____ codice fiscale
_____ residente a _____ prov.
_____ via _____ n. _____ CAP _____ tel.
_____ Pec: _____ titolare di incarico a tempo
indeterminato per l'assistenza primaria:

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lettera a) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/_____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		con obbligo di apertura ¹	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	
AMBITO		con obbligo di apertura	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

¹ da compilare indicando la sede dell'obbligo di apertura solo se previsto nel bando.

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ (detratti periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

firma per esteso

come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____
_____ in data ____/____/_____ con
voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020 con punti _____ e che alla data
di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria
(31.01.2019) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di non essere titolare di incarico di assistenza primaria;
5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
6. precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
7. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la
Regione _____ in data _____;
8. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del
Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede, ai sensi dell'art. 34, commi 15, del vigente A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

Pec: _____

Data _____

firma per esteso

come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
2. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
3. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
4. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data _____

firma per esteso

come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto.....; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di frequentare il.....(indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Abruzzo iniziato in data...../...../..... (gg/mm/aa);
4. di essere residente nel Comune di..... (Prov.) dal.....;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato – con avviso successivo da pubblicarsi sul Portale Sanità della Regione Abruzzo e con apposita comunicazione - qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 34, comma 17, uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale istituito presso la Regione Abruzzo.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a
 a _____ (_____) il _____ residente in
 _____ Via/Piazza _____ n°
 _____ iscritto all'albo dei _____
 _____ della provincia di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

dichiara formalmente di

- 1) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- 3) fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
- 4) 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 _____
- 5) 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 _____
- 6) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____
- 7) essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)
 Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
 Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
- 8) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
 provincia _____ branca _____
 periodo: dal _____
- 9) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
 Azienda _____ Via _____
 Tipo di attività _____
 periodo: dal _____
- 10) 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)

- 11) essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

- 12) 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 decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

- 13) 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 Legge n. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- 12) svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'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 interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____

- 15) svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna) _____

Periodo: dal _____

- 16) essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. ____
Tipo di attività _____
Periodo : dal _____

- 17) 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

1. Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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 "

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

