

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/ 15 del - 8 APR. 2020

Ambiti territoriali carenti di medici pediatri individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i.

Ai sensi dell'art. 33, comma 1, del vigente ACN nel presente Avviso è pubblicato l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta.

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), compilando altresì l'allegato E (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato D (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:

- a) per trasferimento (Allegato A): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione Abruzzo da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgono altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- b) per trasferimento (Allegato A): pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgono altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 160 del 29 novembre 2019 (Allegato B);
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda (Allegato C).

Ai sensi dell'art. 15, comma 3, dell'A.C.N., i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

I pediatri di cui alle **lettere a) e b)** sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, 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.

Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I pediatri di cui alla **lettera c)** sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- punti 6 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;
- punti 10 ai pediatri 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 pediatri di cui alle lettere a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della anzianità di laurea.

I pediatri di cui alla **lettera d)** sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda USL, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

La domanda, **in bollo (€ 16,00)**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati devono essere inviati 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 PLS 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 D 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 alla predisposizione e alla pubblicazione delle graduatorie aziendali mediante affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di 15 (quindici) giorni, all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria secondo le modalità di cui all'art. 33 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, da far 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.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15/12/2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 5 commi 2 e 3), 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 pediatri 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.

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

n. ambiti carenti

“Area Marsica”

1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Celano

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

n. ambiti carenti

Ambito territoriale Distretto di Lanciano

1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Lanciano



**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/>).

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)

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 D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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 _____

Giunta Regionale d' Abruzzo

firma per esteso

4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;
5. di essere residente nel Comune di _____ da ____/____/_____(g/m/a) a tutt'oggi;
- precedenti residenze:
- dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
- dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
- dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
6. 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 D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- 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

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da annullare con data e firma</p>

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Giunta Regionale d'Abruzzo

DICHIARA

di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____ nato 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 25.03.2005 e s.m.i., con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di Azienda U.S.L.
 Periodo: dal
- 6) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
 A.S.L. branca ore sett.
 A.S.L. branca ore sett.
- 7) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
 Provincia branca Periodo: dal
- 8) 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 Abruzzo o in altra regione (2):
 Regione A.S.L. ore sett.
 In forma attiva – in forma di disponibilità (1)
- 9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo ore sett.
Via Comune di(Prov.....)
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 sett.
Via..... Comune di(Prov.....)
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) svolgere/non svolgere (1) altra attività 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

14) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato):

Soggetto pubblico
Via Comune di(Prov.....)
Tipo di attività
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal

15) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
Periodo: dal

14) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento

.....
Periodo: dal

NOTE:
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 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"

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).

