

Ambiti territoriali carenti di pediatri di libera scelta presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29 luglio 2009.

1° semestre 2010

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Bollettino i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo i facsimile allegati (A - B). Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda deve essere inviata esclusivamente **all'Azienda USL di Bologna – Unità Operativa Convenzioni Nazionali – Via Montebello, 6 – 40121 Bologna**, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di pediatri".

L'Azienda USL di Bologna provvederà alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei pediatri aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti anche per conto delle altre Aziende USL, che restano competenti all'adozione del provvedimento di incarico.

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma secondo le modalità di cui all'art. 33 dell'ACN per la pediatria di libera scelta. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

Per informazioni relative alla presente procedura rivolgersi all'Azienda USL di Bologna – Unità Operativa Convenzioni Nazionali (tel. 051 - 2869280) ed alle singole Aziende per informazioni sugli ambiti territoriali carenti.

Le graduatorie predisposte saranno rese pubbliche mediante affissione all'Albo dell'Azienda USL di Bologna.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la pediatria di libera scelta.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento

I medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta in una Azienda USL della Regione Emilia-Romagna (da almeno tre anni) e quelli inseriti in un elenco di altra Regione (da almeno cinque anni) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

La data cui fare riferimento per il calcolo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati è quella riportata in calce nella sottoscrizione della domanda.

L'art. 33, comma 7, del vigente A.C.N. prevede che l'anzianità di iscrizione negli elenchi per l'assegnazione per trasferimento sia determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico.

Il pediatra che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco; non può acquisire ulteriori scelte, pur mantenendo il rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza fino al definitivo conferimento di incarico da parte dell'Azienda di destinazione. In caso di rinuncia o decadenza dall'incarico non è possibile ripristinare il precedente rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza.

b) per graduatoria:

I pediatri iscritti nella graduatoria regionale valevole per il 2010 (pubblicata nel BUR n. 3 - parte seconda – del 21 gennaio 2010);

I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritti nella vigente graduatoria regionale, possono concorrere all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti solo per trasferimento.

I punteggi previsti per la residenza nell'ambito territoriale carente per il quale concorrono e/o nell'ambito della Regione Emilia-Romagna sono assegnati se il requisito della residenza risulta posseduto da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (la data di riferimento è il 31.01.2007) e mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

Si fa presente che ai sensi e per gli effetti dell'art. 33, comma 8, dell'ACN è cancellato dalla graduatoria regionale il pediatra che accetta l'incarico per la copertura di ambito territoriale carente.

Le condizioni ed i requisiti di cui ai punti a) e b) devono permanere fino all'assegnazione degli incarichi.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

Zone carenti di assistenza pediatrica

n. zone carenti

AZIENDA USL DI PIACENZA

DISTRETTO PONENTE

- Ambito territoriale: tutti i Comuni del Distretto (Agazzano, Bobbio, Borgonovo Val Tidone, Calendasco, Caminata, Castel San Giovanni, Cerignale, Coli, Cortebrugatella, Gazzola, Gossolengo, Gragnano Trebbiense, Nibbiano, Ottone, Pecorara, Pianello Val Tidone, Piozzano, Rivergaro, Rottofreno, Sarmato, Travo, Zerba, Ziano Piacentino) con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Borgonovo Val Tidone **(0101)**

1

DISTRETTO LEVANTE

- Ambito territoriale: tutti i Comuni del Distretto (Alseno, Besenzone, Bettola, Cadeo, Caorso, Carpaneto Piacentino, Castell'Arquato, Castelvetro Piacentino, Cortemaggiore, Farini, Ferriere, Fiorenzuola d'Arda, Gropparello, Lugagnano Val D'Arda, Monticelli d'Ongina, Morfasso, Podenzano, Ponte dell'Olio, Pontenure, San Giorgio Piacentino, San Pietro in Cerro, Vernasca, Vigolzone, Villanova sull'Arda) con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Bettola **(0301)**

1

AZIENDA USL DI PARMA

DISTRETTO DI PARMA

- Ambito territoriale Comune di Parma **(0401)**

1

DISTRETTO VALLI TARO E CENO

- Ambito territoriale Comuni di: Medesano, Pellegrino Parmense, Varano de' Melegari, Bore, Fornovo di Taro, Terenzo, Solignano, Varsi, Bardi (primo ambulatorio Comune di Varano de' Melegari ed obbligo di apertura di secondo ambulatorio Comune di Bardi con congruo orario) **(0601)**

1

DISTRETTO SUD EST

- Ambito territoriale Comuni di: Calestano, Collecchio, Sala Baganza, Felino (primo ambulatorio San Michele Tiorre ed obbligo di apertura di secondo ambulatorio nel Comune di Calestano con congruo orario) **(0701)**
- Ambito territoriale Comuni di Montechiarugolo e Traversetolo sede di primo ambulatorio Monticelli Terme **(0702)**

1

1

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA

DISTRETTO DI MONTECCHIO

- Ambito territoriale (Comuni di Montecchio e Cavriago): Nucleo di Cure Primarie n. 1:
- Comune di Montecchio con eventuale apertura di un secondo ambulatorio nel Comune di Cavriago **(0801)**
(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure di incarico precedentemente avviate)

1

DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

- Ambito territoriale: Comune di Reggio Emilia - Nucleo Cure Primarie n.2: Villa Cella (Circoscrizione Ovest) **(0901)**
(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure di incarico precedentemente avviate)

1

- Ambito territoriale Comuni di Reggio Emilia e Bagnolo- Nucleo cure primarie n. 5
Comune di Bagnolo) **(0902)** 1
- Ambito territoriale: Comuni di Reggio Emilia e Bagnolo – Nucleo Cure Primarie n. 5
Villa Sesso (Circoscrizione Nord Est) **(0903)** 1
- Ambito territoriale: Comune di Reggio Emilia – Nucleo Cure Primarie n. 3
Zona San Pellegrino (Circoscrizione Città storica/Circoscrizione Sud) **(0904)** 1

DISTRETTO DI GUASTALLA

- Ambito territoriale: Comuni di Guastalla, Gualtieri e Luzzara - Nucleo Cure Primarie n.1
Comune di Luzzara **(1001)** 1
- Ambito territoriale: Comuni di Novellara e Reggiolo - Nucleo Cure Primarie n.3: ,
Comune di Reggiolo con possibilità di apertura di un secondo ambulatorio nel
Comune di Novellara, **(1002)** 1
(disponibilità di ambulatori pubblici nei Comuni di Luzzara e Reggiolo)

DISTRETTO DI CORREGGIO

- Ambito territoriale: Comuni di Correggio e San Martino in Rio – Nucleo Cure Primarie n. 1
- Comune di Correggio **(1101)** 1
- Comune di San Martino in Rio **(1102)** 1

DISTRETTO DI SCANDIANO

- Ambito territoriale: (Comuni di Rubiera, Castellarano, Casalgrande, Baiso,
Viano, Scandiano) - Nucleo di Cure Primarie n.1, (con obbligo di apertura
I ambulatorio Comune di Viano e II ambulatorio nel Comune di Baiso) **(1201)** 1

DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI

- Ambito territoriale: Comuni di Villa Minozzo e Toano- Nucleo di Cure Primarie,n.2: ,
Comune di Villa Minozzo, con eventuale apertura di un 2° ambulatorio nel Comune
di Toano **(1301)** 1
*(disponibilità di ambulatori pubblici in entrambi i Comuni. Trattasi
di zona per la quale è corrisposta l'indennità di zona disagiata)*

AZIENDA USL DI MODENA

DISTRETTO DI CARPI

- Ambito territoriale Comune di Campogalliano **(1401)** 1

DISTRETTO DI MIRANDOLA

- Ambito territoriale: Comuni di Finale Emilia, San Felice sul Panaro,
Camposanto, Cavezzo, Medolla, San Prospero con obbligo di apertura
ambulatorio nel Comune di Finale Emilia **(1501)** 1
- Ambito territoriale: Comuni di Mirandola,Concordia sulla Secchia,
S.Possidonio con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Mirandola **(1502)** 1

DISTRETTO DI MODENA

- Ambito territoriale Comune di Modena **(1601)** 1

DISTRETTO DI PAVULLO

- Ambito territoriale: Comuni di Pavullo, Serramazzone, Lama Mocogno
Polinago **(1801)** 1
- Ambito territoriale: Comuni di Fanano, Sestola, Montecreto **(1802)** 1
- Ambito territoriale: Comuni di Pievepelago, Fiumalbo, Riolunato **(1803)** 1

DISTRETTO DI VIGNOLA	
- Ambito territoriale: Comuni di Zocca e Montese con obbligo di apertura ambulatori in entrambi i Comuni (1901)	1
AZIENDA USL BOLOGNA	
DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA	
- Ambito territoriale: Comune di San Lazzaro di Savena (2201)	1
DISTRETTO PIANURA EST	
- Ambito territoriale. Comune di San Pietro in Casale (con obbligo di apertura per 3 giorni nel Comune di San Pietro in Casale e per 2 giorni nel Comune di San Giorgio di Piano (2501))	1
DISTRETTO PIANURA OVEST	
- Ambito territoriale: Comune di San Giovanni in Persiceto (2601)	1
DISTRETTO DI BOLOGNA	
- Zona: Porto/Saragozza (2701)	1
- Zona: Savena/Santo Stefano (2901)	1
AZIENDA USL DI IMOLA	
- Ambito territoriale: Comuni di Castel San Pietro, Dozza, Castel Guelfo e Medicina con obbligo di apertura del I studio medico nel Comune di Castel Guelfo (5 giorni la settimana) (2301)	1
AZIENDA USL DI FERRARA	
DISTRETTO CENTRO NORD	
- Ambito territoriale; Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Ferrara (3101)	2
DISTRETTO SUD EST	
- Ambito territoriale: Comuni di Codigoro, Comacchio, Goro Lagosanto, Massa Fiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro, Ostellato (3201)	1
AZIENDA USL DI RAVENNA	
DISTRETTO DI RAVENNA	
- Ambito territoriale Comune di Ravenna, con obbligo di apertura ambulatorio in località San Pietro in Vincoli (3501)	1
AZIENDA U.S.L. DI FORLI'	
DISTRETTO DI FORLI'	
Ambito territoriale: Comune di Forlì (3801)	2
- Ambito territoriale: "Val Montone": Comuni di Castrocaro Terme, Dovadola, Rocca San Casciano, Portico di Romagna con obbligo di apertura ambulatori presso i Comuni di Castrocaro Terme e Rocca San Casciano (3802)	1

AZIENDA USL DI CESENA

DISTRETTO VALLE DEL SAVIO

- Ambito territoriale Cesena – Valle Savio: Comuni di Bagno di Romagna, Cesena, Mercato Saraceno, Montiano, Sarsina e Verghereto

Con obbligo di apertura di ambulatori nei Comuni di Montiano e Cesena **(3901)** **1**

DISTRETTO DEL RUBICONE

- Ambito territoriale Rubicone: Comuni di: Borghi, Cesenatico, Gambettola, Gatteo, Longiano, Roncofreddo, San Mauro Pascoli, Savignano sul Rubicone, Sogliano al Rubicone,

con obbligo di apertura di ambulatori nei Comuni di Longiano e di Roncofreddo **(4901)** **1**

AZIENDA USL DI RIMINI

DISTRETTO DI RICCIONE

- Ambito territoriale: Comuni di Riccione e Misano Adriatico **(4101)** **1**

- Ambito territoriale: Comuni di: Morciano, Gemmano, Mondaino, Montefiore Conca, Montegridolfo, Saludecio e San Clemente **(4102)** **1**

Il presente avviso è consultabile anche sul portale del Servizio Sanitario Regionale (www.saluter.it) nell'area: "In esclusiva per - operatori della Sanità – sezione Medicina convenzionata).

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per trasferimento)**

Azienda USL di Bologna
U.O. Convenzioni Nazionali
Via Montebello,6
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....n.....
CAP.....tel.....cell.....
titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett.a) dell'ACN per la pediatria di libera scelta 29 luglio 2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... delmaggio 2010, come di seguito indicato:
(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)

- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

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.....;

2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione..... dal.....(*) (*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico*);
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta:(*)
 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)
6. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (*in caso affermativo specificare il tipo di attività.....*)

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

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

.....

Data

Firma (**)

.....

.....

- (*) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del/i certificato/i di servizio di cui sia in possesso.
- (**) - La sottoscrizione della domanda 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).

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per graduatoria)**

Azienda USL di Bologna
U.O. Convenzioni Nazionali
Via Montebello,6
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....n.....
CAP.....tel.....cell.....

inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2010 (pubblicata nel BUR n. 3 - parte seconda – del 21 gennaio 2010)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2,lett.b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del.....maggio 2010, come di seguito indicato:

(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)

- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
- ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del 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.....;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data..... con voto.....
3. essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;

4. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2010 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria(31.01.2009) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
5. di essere residente nel Comune di.....dal.....(*giorno/mese/anno*) a tutt'oggi (*);
 - precedenti residenze:
 dal.....al.....Comune di.....prov.....
 dal.....al.....Comune di.....prov.....
 dal.....al.....Comune di.....prov.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

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

.....

Data

Firma (**)

.....

(*) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2007. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.33, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la pediatria di libera scelta .

(**) La sottoscrizione della domanda 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).

Scadenza: 4 giugno 2010