

Incarichi vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna. Art.63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

anno 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 Imola – Dipartimento Cure Primarie – Viale Amendola,2 – 40026 Imola, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di continuità assistenziale".

L'Azienda USL di Imola provvederà alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti 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. 63 dell'ACN per la medicina generale. 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 Imola – Dipartimento Cure Primarie (tel.0542- 604317 – 604318 - 604336) ed alle singole Aziende per informazioni sugli incarichi vacanti.

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

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 disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende USL, anche diverse, della Regione Emilia-Romagna (da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono) o in Aziende USL di altre Regioni, anche diverse, (da almeno tre anni nell'incarico dal quale provengono) a condizione che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650.

La data cui fare riferimento per il calcolo dell'anzianità di servizio a tempo indeterminato è quella riportata in calce nella sottoscrizione della domanda.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2010 (pubblicata nel BUR n. 3 - parte seconda – del 21 gennaio 2010). Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 70% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 30 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'ACN per la medicina generale, è cancellato dalla graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale – valevole per il 2010 il medico che abbia accettato un incarico.

I punteggi previsti per la residenza nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico e/o nell'ambito della Regione 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.

In base a quanto previsto dalla norma finale n. 2, ai medici già inseriti nella graduatoria regionale valevole per il 2010, che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria (31.01.2009), è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti, nell'ambito della riserva di assegnazione prevista a favore dei medici in possesso dell'attestato, con l'attribuzione, in tale sede, del relativo punteggio per il possesso dell'attestato.

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

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

n. incarichi

AZIENDA USL DI PIACENZA

Distretto Città di Piacenza (050)	13
Distretto Levante (051)	23
Distretto Ponente (052)	22

AZIENDA USL DI PARMA

Distretto Parma (04)	7
Distretto Fidenza (05)	15
Distretto Valli Taro e Ceno (06)	11
Distretto Sud Est (07)	13

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA

Distretto di Montecchio (08)	7
------------------------------	---

Distretto di Reggio Emilia (09)	20
Distretto di Guastalla (10)	11
Distretto di Correggio (11)	7
Distretto di Scandiano (12)	15
Distretto di Castelnovo Ne' Monti (13)	13

AZIENDA USL DI MODENA

Distretto di Carpi (14)	7
Distretto di Mirandola (15)	13
Distretto di Modena (16)	5
Distretto di Sassuolo (17)	12
Distretto di Pavullo (18)	5
Distretto di Castelfranco Emilia (44)	2
Distretto Vignola (19)	9
<i>(di cui 5 per l'ambito Zocca, Guiglia e Montese anche con attività di emergenza sanitaria territoriale)</i>	

AZIENDA USL DI BOLOGNA

Azienda USL di Bologna (105)	29
-------------------------------------	----

AZIENDA USL DI IMOLA

Azienda USL di Imola (106)	3
-----------------------------------	---

AZIENDA USL DI FERRARA

Distretto Ovest - Ambito di Cento e Bondeno (30)	5
Distretto Centro Nord - ambito di Ferrara e Poggio Renatico (31)	4
Distretto Sud-Est - ambito di Codigoro e Portomaggiore (32)	9

AZIENDA USL DI RAVENNA

Azienda USL di Ravenna (110)	5
-------------------------------------	---

AZIENDA USL DI FORLI'

Azienda USL di Forlì (111)	8
-----------------------------------	---

AZIENDA USL DI CESENA

Azienda USL di Cesena (112)	19
------------------------------------	----

AZIENDA USL DI RIMINI

Azienda USL di Rimini - Distretti Rimini e Riccione (113)	6
<i>(di cui n.2 per l'ambito territoriale di Novafeltria ed Alta Val Marecchia)</i>	

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 VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola,2
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del.....settembre 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.....

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

DICHIARA

- a) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....
- b) di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....
- c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda USL di.....della Regione.....
dal.....(1) (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
- d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:(1)
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)
- e) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650 (in caso affermativo indicare:AUSL di:.....)

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico).

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

.....

Data

Firma (2)

.....

.....

- (1) - 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.
- (2) - 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).

Allegato B

RACCOMANDATA A.R.

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

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola,2
40026 IMOLA

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

iscritto nella **graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per l'anno 2010** (pubblicata nel BUR n. 3 – parte seconda – del 21 gennaio 2010)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 comma 2, lett.b) dell'ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... delsettembre 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.....

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 essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2010 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi (1)
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2)

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale – (2)
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

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

.....

Data

Firma (3)

.....

.....

- (1) - 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.63, comma 4, dell'ACN per la medicina generale.
- (2) - I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2009 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio.
- (3) - 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.

Scadenza: 8 ottobre 2010