

Comune di Urbino.

Deliberazione del C.C. n. 19 del 14-03-2011 - Approvazione variante normativa art. 7 "Destinazioni d'uso" comma 3 N.T.A. P.R.G.

IL CONSIGLIO COMUNALE

omissis

DELIBERA

1) Di approvare la Variante normativa art. 7 "Destinazioni d'uso" comma 3 N. T.A. P.R.G. adottata con delibera di C.C. n. 88 del 03.11.2010.

2) Di rendere il presente atto immediatamente eseguibile al fine di provvedere tempestivamente all'attuazione delle previsioni del PRG.

ASUR - Zona Territoriale 7 - Ancona.

Determinazione n. 255 del 14/04/2011 - ACN MG 29.7.2009 e ACN PLS 29.7.2009. Richiesta di pubblicazione sul BUR Marche delle zone carenti in ambito regionale di AP, CA, di EST/118 e di PLS, ai sensi della DGRM n. 667 del 12.5.03. Rilevazione al 1/3/2011.

IL DIRIGENTE

omissis

DETERMINA

Ai sensi della DGRM n. 667 del 12.5.2003, della Deliberazione dell'ASL 7 n. 295/CP del 30.9.2003 e della Determina dell'ASUR n. 665/DG del 24.7.2009,

- di richiedere allo specifico ufficio regionale, per le motivazioni in premessa indicate, la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche prevista dall'ACN dei Medici di MG approvato dalla Conferenza Stato - Regioni in data 29.7.2009 e dall'ACN PLS approvato dalla Conferenza Stato - Regioni in data 29.7.2009, delle zone carenti su tutto il territorio regionale di Assistenza Primaria (All. n. 1), di Continuità Assistenziale (all. n. 2), di Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 - (all. n. 3) e di PLS (all. n. 4), rilevate alla data del 1 marzo 2011, come da allegati elenchi che formano parte integrante e sostanziale della presente Determina (all.ti 1, 2, 3 e 4);
- di dare puntuale esecuzione sia a quanto disposto dal punto 13 lettera d) e dal punto 14 della Determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 785 del 31.12.2005 e sia a quanto disposto dal Direttore Generale ASUR con la Determina n. 520 del 24.6.2008;
- di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 28 - 6 comma - della L.R. 17 luglio 1996, n. 26 e s.m.i.

IL RESPONSABILE
(Gilberta Stimilli)

ALLEGATO N. 1

Publicazione dell'elenco degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, alla data del 01.03.2011, sulla base degli atti trasmessi dalle ZZ.TT. della Regione Marche.

ZONA TERRITORIALE N. 3 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Ceccarini, 38 – 61032 FANO

II Ambito Territoriale comprendente i Comuni di: Fossombrone, Isola del Piano, Montefelcino, Sant'Ippolito, Saltara, Montemaggiore, Serrungarina, Cartoceto

Carenza: n. 1

n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Fossombrone;

ZONA TERRITORIALE N. 7 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Cristoforo Colombo, 106 – 60127 ANCONA

Distretto Centro

I Ambito Territoriale comprendente i Comuni di: Ancona

Carenza: n. 3

n. 3 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Ancona;

ZONA TERRITORIALE N. 9 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Raffaello Sanzio, 1 – 62100 MACERATA

II Ambito Territoriale comprendente i Comuni di: Corridonia, Mogliano, Petriolo

Carenza: n. 1

n. 1 con studio principale da ubicarsi nel Comune di Corridonia;

Procedure per il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria rilevati all'01.03.2011 sulla base degli atti deliberativi già adottati dalle ZZ.TT. della Regione Marche.

1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. – Zona Territoriale n. 7 – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Via C.Colombo, 106 – ANCONA, entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

2) **In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio 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 trovino in posizione di incompatibilità (vedere allegato).**

3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2011 pubblicate sul B.U.R. Marche n. 110 del 16/12/2010.

4) Per l'attribuzione degli incarichi di Assistenza Primaria si applicheranno le norme di cui all'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009:

- attribuzione del punteggio riportato nelle graduatorie regionali di settore;
- attribuzione di cinque punti 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 nelle graduatorie regionali di settore (31/01/2008) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di venti punti ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nelle graduatorie regionali di settore (31/01/2008) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

5) Il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria relativo agli ambiti territoriali carenti rilevati alla data del 1° marzo 2011 avverrà nella seguente misura, ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM 751 del 02/07/2007:

- il 67 % in favore dei medici possessori dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- il 33 % in favore dei medici possessori del Titolo Equipollente (abilitazione alla data del 31/12/1994).

6) Premesso che, ai sensi della D.G.R.M. 667 del 12/05/2003 le procedure in argomento sono state trasferite alla Zona Territoriale n. 7 di Ancona, l'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. - , in ossequio alla Deliberazione n. 295/CP del 30/09/2003, assegnerà gli incarichi in questione osservando la seguente alternanza:

- **i primi due posti saranno destinati ai medici in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (aa),**
- **il terzo posto sarà destinato al possessore del Titolo Equipollente (b),**

e così di seguito, secondo la stessa alternanza (aa-b-aa-b).

7) La procedura per il conferimento degli incarichi di Assistenza Primaria sarà la seguente:

- 1. in via prioritaria verranno graduate tutte le domande di trasferimento;**
- 2. verranno assegnati gli incarichi per trasferimento;**
(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Zona Territoriale e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento).
- 3. verranno graduate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie regionali di settore 2010, a seconda del titolo posseduto**
Riserva a = attestato di formazione
Riserva b = titolo equipollente;
- 4. verranno assegnati gli incarichi come da predetta alternanza (aa – b- aa – b), a seconda del titolo posseduto.**

Qualora non venissero assegnati per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Assistenza Primaria spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. 16, commi 7 e 8, A.C.N. del 29.07.2009).

8) L'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S.- provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. e/o telegramma, dei medici aventi titolo secondo graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione (art. 34, comma 15 dell' A.C.N. del 29.07.2009).

9) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 34, comma 16, dell' A.C.N. del 29.07.2009).

10) L'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. -, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Zone Territoriali interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)
(per trasferimento)**

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a

(cognome)

(nome)

Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente aprov.....via.....n°.....C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal, di essere residente nel territorio della Regione
.....dal....., di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per
l'Assistenza Primaria presso la Zona Territoriale n°..... diper l'ambito territoriale
di.....della Regione.....dal.....e con anzianità complessiva di
Assistenza Primaria pari a mesi.....;

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____
Ambito _____	Zona Territoriale _____	Ambito _____	Zona Territoriale _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell' A.C.N. del 29.07.2009 e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria:

allegati n°..... (.....)documenti.

Chiede che 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)

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)
(per graduatoria)**

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente aprov.....via.....n°.....C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal Zona territoriale di residenza.....e di
essere residente nel territorio della Regione dal....., di essere inserito nella
graduatoria regionale di settore della Regione Marche – anno 2011-, laureato/a dal....., con voto.....;

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di ___ Distretto/Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza dell'art. 16, comma 7 e comma 8 dell' A.C.N. del 29.07.2009 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 ai D.L.vi 256/91, 368/99 e 277/2003, (articolo 16, comma 7, lettera a), A.C.N. del 29.07.2009);
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b), A.C.N. del 29.07.2009).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 il domicilio sotto indicato:

c/o.....Comune.....C.A.P.....Prov.....
Indirizzo.....n°.....
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....
(firma per esteso)

ALLEGATO N. 2

Publicazione dell'elenco degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, alla data del 01.03.2011, sulla base degli atti trasmessi dalle ZZ.TT. della Regione Marche.

ZONA TERRITORIALE N. 1 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Sabbatini, 22 – 61100 PESARO

n. 15 incarichi a 24 ore settimanali territorio di Pesaro

ZONA TERRITORIALE N. 2 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Puccinotti, 33 – 61029 URBINO

n. 2 incarichi a 24 ore settimanali Distretto di Urbino – Urbania (Postazioni di Urbino e Sant'Angelo in Vado)

n. 3 incarichi a 24 ore settimanali Distretto di Cagli (Postazioni di Cagli, Piobbico e Apecchio)

n. 8 incarichi a 24 ore settimanali Distretto di Macerata Feltria (n. 3 postazioni di Macerata Feltria, 3 postazioni di Mercatino Conca, 2 postazioni di Lunano)

ZONA TERRITORIALE N. 3 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Ceccarini, 38 – 61032 FANO

n. 6 incarichi a 24 ore settimanali Punto di Guardia Medica Fano – Mondolfo

n. 1 incarico a 24 ore settimanali Punto di Guardia Medica Fossombrone

n. 2 incarichi a 24 ore settimanali Punto di Guardia Medica Calcinelli

n. 3 incarichi a 24 ore settimanali Punto di Guardia Medica Pergola

ZONA TERRITORIALE N. 4 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via B. Cellini, 13 – 60019 SENIGALLIA

n. 3 incarichi a 24 ore settimanali Distretto Unico

ZONA TERRITORIALE N. 5 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Gallodoro, 68 - 60035 JESI

Ambito "A":

n. 1 incarico a 24 ore settimanali Sede di San Marcello

n. 3 incarichi a 24 ore settimanali Sede di Jesi

Ambito "B":

- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali Sede di Filottrano
- n. 1 incarico a 24 ore settimanali Sede di Cingoli

Ambito "C":

- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali Sede di Moie di Maiolati
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali Sede di Cupramontana

ZONA TERRITORIALE N. 6 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Martiri della Libertà, 52 – 60044 FABRIANO

- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali postazione di Sassoferrato
- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali postazione di Serra San Quirico
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali postazione di Fabriano

ZONA TERRITORIALE N. 7 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via C. Colombo, 106 – 60110 ANCONA

- n. 10 incarichi a 24 ore settimanali Distretto Nord
- n. 4 incarichi a 24 ore settimanali Distretto Sud
- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali Distretto Centro

ZONA TERRITORIALE N. 8 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: P.zza Garibaldi, 8 – 62013 CIVITANOVA MARCHE

- n. 7 incarichi a 24 ore settimanali Distretto Unico

ZONA TERRITORIALE N. 9 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via R. Sanzio, 1 – 62100 MACERATA

- n. 3 incarichi a 24 ore settimanali (postazione non indicata)

ZONA TERRITORIALE N. 10 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Betti, 15/A – 62032 CAMERINO

- n. 2 incarichi a 24 ore settimanali (postazione non indicata)

ZONA TERRITORIALE N. 11 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Strabone, 2 – 63023 FERMO

n. 2 incarichi a 24 ore settimanali (*postazione non indicata*)

ZONA TERRITORIALE N. 13 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via degli Iris, 6 – 63100 ASCOLI PICENO

n. 3 incarichi a 24 ore settimanali (*postazione non indicata*)

Procedure per il conferimento degli incarichi di Continuità Assistenziale rilevati all'01.03.2011 sulla base degli atti deliberativi già adottati dalle Z.Z.TT. della Regione Marche.

1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. – Zona Territoriale n. 7 – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Via C.Colombo, 106 - ANCONA, entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

2) **In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio 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 trovino in posizione di incompatibilità (vedere allegato).**

3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2011, pubblicate sul B.U.R. Marche n. 110 del 16/12/2010.

4) Per l'attribuzione degli incarichi di Continuità Assistenziale si applicheranno le norme di cui all'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009:

- attribuzione del punteggio riportato nelle graduatorie regionali di settore ;
- attribuzione di dieci punti 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 nelle graduatorie regionali di settore (31/01/2008) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di dieci punti ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nelle graduatorie regionali di settore (31/01/2008) e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

5) Il conferimento degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, rilevati alla data del 1° marzo 2011, avverrà nella seguente misura, ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM 751 del 02/07/2007:

- il 67 % in favore dei medici possessori dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- il 33% in favore dei medici possessori del Titolo Equipollente (abilitazione alla data del 31/12/1994).

6) Premesso che, ai sensi della D.G.R.M. 667 del 12/05/2003 le procedure in argomento sono state trasferite alla Zona Territoriale n. 7 di Ancona, l'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. -, in ossequio alla Deliberazione n. 295/CP del 30/09/2003, assegnerà gli incarichi in questione osservando la seguente alternanza:

- **i primi due posti saranno destinati ai medici in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (aa),**
- **il terzo posto sarà destinato al possessore del Titolo Equipollente (b),**

e così di seguito, secondo la stessa alternanza (aa-b-aa-b).

7) La procedura per il conferimento degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale sarà la seguente:

- 1. in via prioritaria verranno graduate tutte le domande di trasferimento;**
- 2. verranno assegnati gli incarichi per trasferimento;**
(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Zona Territoriale e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento).
- 3. verranno graduate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie regionali di settore 2010, a seconda del titolo posseduto**
Riserva a = attestato di formazione
Riserva b = titolo equipollente;
- 4. verranno assegnati gli incarichi come da predetta alternanza (aa – b – aa – b), a seconda del titolo posseduto.**

Qualora non venissero assegnati, per carenza di domande di incarico, ambiti territoriali vacanti di Continuità Assistenziale, spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, gli stessi verranno assegnati all'altra riserva di aspiranti (art. 16, commi 7 e 8, A.C.N. del 29.07.2009).

8) L'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. - provvederà alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. e/o telegramma, dei medici aventi titolo secondo la graduatoria al conferimento degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede che la stessa indicherà, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione (art. 63, comma 6 dell'A.C.N. del 29.07.2009).

9) La mancata presenza, il giorno della convocazione, costituirà rinuncia all'incarico (art. 63, comma 10, dell' A.C.N. del 29.07.2009).

10) L'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. -, espletate tutte le formalità per l'accettazione degli incarichi, comunicherà alle Zone Territoriali interessate i nominativi dei medici che hanno accettato gli incarichi. Queste ultime conferiranno definitivamente gli incarichi a tempo indeterminato, previa ulteriore rilevazione di eventuali incompatibilità.

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)**

(per trasferimento)

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a
(cognome) (nome)
Prov..... il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente aprov.....via.....n°.....C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal, Zona Territoriale di residenza.....
di essere residente nel territorio della Regionedal....., di essere titolare di
incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Zona Territoriale n°..... di
della Regione.....dal.....e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi
n°.....;

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del
29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale
della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____ Distretto	Sede e/o _____ Distretto

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a
concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 2, lettera a) dell' A.C.N. del 29.07.2009 e
l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n°..... (.....)documenti.

Chiede che 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)

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)
(per graduatoria)**

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a.....
(cognome) (nome)

Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente a prov..... via..... n°..... C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal Zona territoriale di residenza..... e di
essere residente nel territorio della Regione dal....., di essere inserito nella
graduatoria regionale di settore della Regione Marche - anno 2011 -, laureato/a dal....., con voto.....;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del
29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale
della Regione..... n°..... del..... e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto
Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto	Zona Territoriale n°... di _____	Sede e/o _____ Distretto

**Chiede a tal fine, in osservanza dell'art. 16, comma 7 e comma 8, dell' A.C.N. del 29.07.2009 di poter accedere alla
riserva di assegnazione come appreso 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 ai D. L.vi 256/91,
368/99 e 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a), A.C.N. del 29.07.2009);
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b), A.C.N. del 29.07.2009).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 il domicilio sotto indicato:

c/o.....Comune.....C.A.P.....Prov.....

Indirizzo.....n°.....

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....

(firma per esteso)

ALLEGATO N. 3

Pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, alla data del 01.03.2011, sulla base degli atti trasmessi dalle ZZ.TT. della Regione Marche.

ZONA TERRITORIALE N. 2 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Puccinotti, 33 – 61029 URBINO

n. 3 incarichi a 38 ore settimanali Ambito Zonale

ZONA TERRITORIALE N. 4 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Cellini, 13 – 60019 SENIGALLIA

n. 2 incarichi a 38 ore settimanali Distretto Unico

ZONA TERRITORIALE N. 6 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via Martiri della Libertà, 52 – 60044 FABRIANO

n. 1 incarico a 38 ore settimanali (Sedi di Fabriano e Sassoferrato)

ZONA TERRITORIALE N. 7 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via C. Colombo, 106 – 60110 ANCONA

n. 2 incarichi a 38 ore settimanali (postazione non indicata)

ZONA TERRITORIALE N. 9 Rilevazione alla data del 01/03/2011

Sede: Via R. Sanzio, 1 – 62100 MACERATA

n. 1 incarico a 38 ore settimanali (postazione non indicata)

Procedure per il conferimento degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati all'01.03.2011 sulla base degli atti deliberativi già adottati dalle Z.Z.TT. della Regione Marche.

1) Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. all'A.S.U.R. – Zona Territoriale n. 7 – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Via C.Colombo, 106 – ANCONA, entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bollettino.**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine indicato. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

2) **In allegato alla domanda gli aspiranti dovranno inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio 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 trovino in posizione di incompatibilità (vedere allegato).**

3) Le graduatorie regionali annuali di settore definitive cui fare riferimento sono quelle valide per l'anno 2010, pubblicate sul B.U.R. Marche n. 110 del 16/12/2010.

4) La Zona Territoriale n. 7, al fine dell'attribuzione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, graderà i medici secondo il punteggio riportato nelle graduatorie regionali di settore vigenti (art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009)

5) La suddetta Zona Territoriale, per il conferimento degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale, osserverà la seguente procedura:

1. in via prioritaria verranno graduate tutte le domande di trasferimento;

2. verranno assegnati gli incarichi per trasferimento;

(i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Zona Territoriale e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento).

3. verranno graduate le domande dei medici inseriti nelle graduatorie regionali di settore 2011 in possesso dei requisiti necessari per l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;

(secondo le priorità previste dai punti b1), b2), b3), comma 5, art. 92 dell'A.C.N. del 29.07.2009)

4. verranno assegnati gli incarichi a tempo indeterminato secondo le modalità previste dai punti 8-16-17-18 e 19, art. 92, A.C.N. del 29.07.2009.

N.B. I medici che presenteranno domanda per accedere ai servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale dovranno allegare copia fotostatica, non autenticata dell'attestato di idoneità di formazione previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del d.p.r. 292/87 oppure dichiarazione sostitutiva di certificazione atta a comprovare il possesso dell'attestato sopra indicato, ai sensi delle norme vigenti.

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)
(per trasferimento)**

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a
(cognome) (nome)

Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente aprov.....via.....n°.....C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal Zona territoriale di residenza.....
.....di essere residente nel territorio della Regionedal.....
di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Emergenza Sanitaria Territoriale presso la Zona Territoriale n°.....
di..... della Regione dal e con anzianità complessiva di
Emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi n°.....;

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____ Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'A.C.N. del 29.07.2009 e l'anzianità complessiva di incarico in Emergenza Sanitaria Territoriale:

allegati n°..... (.....)documenti.

Chiede che 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.....

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 29.07.2009)**

(per graduatoria)

...l... sottoscritto... dott..... nat..... a
(cognome) (nome)
Prov.....il..... M F - codice fiscale.....
(giorno-mese-anno)

DICHIARA

di essere residente a prov..... via..... n°..... C.A.P.....
tel. N°..... a far data dal Zona territoriale di residenza..... a
far data dal..... di essere residente nel territorio della Regione
..... dal....., e di essere inserito nella graduatoria regionale di settore della
Regione Marche – anno 2011 - laureato dal..... con voto.....;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del
29.07.2009, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino
Ufficiale della Regione..... n°..... del..... e, segnatamente per i seguenti incarichi:

Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____
Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____	Zona Territoriale n°... di _____ Presidio: _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Zona Territoriale n°....
di..... della Regione..... a far data dal.....;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
 il domicilio sotto indicato:

c/o..... Comune..... C.A.P..... Prov.....
Indirizzo..... n°.....
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data.....

.....
(firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov..... 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. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ 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.....;
3. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branca.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione² :
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹ ;
8. essere/non essere¹ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ 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 Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²:
 Organismo.....ore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:²
 Organismo.....ore sett.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
 Azienda.....ore sett.li.....
 Via..... Comune di.....
 Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ 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.....;
14. avere/non avere¹ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:²

 Periodo: dal.....;
15. essere/non essere¹ 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:

16. fruire/non fruire¹ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal.....;
17. svolgere/non svolgere¹ 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 scrivere: nessuna):

 Periodo: dal.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1,2}

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....;

19. operare/non operare¹ 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 ai rapporti di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico:.....

Via.....; Comune di.....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....;

20. essere/non essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

.....

.....

Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire¹ 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.

....l.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/1996 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 per esteso.....

(Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente)

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".

ALLEGATO N. 4

**LOCALITA' CARENTI MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
RILEVATE ALLA DATA DEL 01.03.2011**

*Zona Territoriale n. 7 di Ancona – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni
– Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. –*

ZONA TERRITORIALE N°2

Via Puccinotti, 33 – 61029 Urbino

Ambito Distrettuale di Urbania comprendente i Comuni di Urbania, Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Peglio, Sant'Angelo in Vado.

Pediatrì: 1

La sede dello studio principale deve essere ubicata nel Comune di Urbania.

Ambito Distrettuale di Cagli comprendente i Comuni di Cagli, Acqualagna, Cantiano, Apecchio, Piobbico.

Pediatrì: 1

La sede dello studio principale deve essere ubicata nel Comune di Cagli.

ZONA TERRITORIALE N°10

Via Betti, 15/A – 62032 CAMERINO

Ambito Territoriale Unico comprendente i Comuni di Camerino, Muccia, Castelraimondo, Gagliole, Fiuminata, Sefro, Pioraco, Matelica, Esantoglia, San Severino Marche, PieveTorina, Pievebovigliana, Fiordimonte, Fiastra, Acquacarina, Bolognola, Montecavallo, Serravalle di Chienti, Visso, Castelsantangelo sul Nera, Ussita.

Pediatrì: 1

La sede dello studio principale deve essere ubicata nel Comune di Matelica.

PRECISAZIONI RISERVATE AI MEDICI INTERESSATI AGLI INCARICHI:

Le domande di trasferimento o di iscrizione, conformi ai fac-simili che seguono, dovranno essere presentate a mezzo *Raccomandata A.R.* alla **Zona Territoriale n.7 di Ancona – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni - via C. Colombo, 106 Ancona ENTRO 15 GIORNI a decorrere dal giorno successivo quello di pubblicazione del presente bollettino (art. 33, comma 13, ACN 29/07/2009).**

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se presentate entro il termine indicato.

A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale. Non verranno considerate le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, quale ne sia la causa.

AVVERTENZE PER I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

1) Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni) approvato dalla Conferenza Stato- Regioni in data 29/07/2009, possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti:

- a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti a condizione che risultino iscritti da almeno tre 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.
- a 1) i pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti 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.
- b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva, valida per l'anno 2011, pubblicata sul B.U.R. n. 110 del 16/12/2010
- c) al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i pediatri di cui alla lettera b), sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

I. attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale sopra citata;

II. attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono **abbiano la residenza fin da due anni (31/01/2008)** antecedenti la scadenza dei termini per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

III. attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione **da almeno due anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale **(31/01/2008)** e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

2) La Zona Territoriale n. 7 di Ancona – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni - interpella prioritariamente i pediatri di cui alla lettera a); successivamente interpella i pediatri di cui alla lettera a 1) ed in ultimo, laddove risulti necessario, interpella i pediatri di cui alla lettera b).

3) In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui alla lettera a), a 1) e b) sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

4) Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della procedura di trasferimento, accetta l'incarico, ai sensi dell'art. 34, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

5) E' cancellato dalla graduatoria regionale valida per l'anno in corso, il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 1.

6) Gli aspiranti, entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla presente pubblicazione, presentano alla Zona Territoriale n. 7 di Ancona – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni - apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

7) In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio 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 trovino in posizione di incompatibilità.

8) La Zona Territoriale n. 7 di Ancona – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – provvede alla convocazione, mediante Raccomandata A.R. o Telegramma, dei pediatri aventi titolo secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

9) La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

10) Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può indicare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

RACCOMANDATA A.R.

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

...I... sottoscritt... Dott.....
(cognome) (nome)
 nat.... aprov..... il..... residente a.....
 prov..... - C.A.P. Via.....
 n°..... tel. n°..... Cod. Fiscale..... Cod.
 ENPAM..... laureato il iscritto all'Ordine dei Medici della
 Provincia diiscritto nell'elenco dei Pediatri di Libera Scelta del
 Distretto /Comune di dal con il codice regionale n.
 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta del 29/07/2009;

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....e, segnatamente per i seguenti ambiti:

- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
- Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica
VDA Net

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di non svolgere altra attività a qualsiasi titolo (oppure di svolgere le seguenti altre attività :.....).

Allegati:.....

In fede.

Chiede che 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. Alla domanda deve essere allegato, a pena di nullità, un certificato rilasciato dalla Zona Territoriale dell' A.S.U.R. competente, comprovante l'esistenza dell'incarico, l'anzianità complessiva maturata anche in altre Zone Territoriali dell' A.S.U.R. e la decorrenza dell'incarico in atto.

RACCOMANDATA A.R.

BOLLO
€ 14,62

ALL'ASUR
ZONA TERRITORIALE N.7
UFFICIO ATTIVITA' REGIONALI DI M.G. E P.L.S.
U.O. CONVENZIONI NAZIONALI E PRESTAZIONI
Via C.Colombo, 106 - 60127 ANCONA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)**

...I... sottoscritt... Dott.....
(cognome) (nome)
nat.... aprov..... il..... residente a.....
..... prov..... dal..... C.A.P.....
Via..... n°..... tel.n°..... Cod.
Fiscale..... Cod. ENPAM..... Cod. Regionale
(se attribuito)..... laureato il con voti iscritto
all'Ordine dei Medici della Provincia di senza procedimenti
disciplinari in corso, specializzato in..... il con voti.....
inserito nella graduatoria dei Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta aspiranti al convenzionamento:

FA DOMANDA

ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 luglio 2009, del quale conosce ed accetta le condizioni ed i termini in esso contenuti, per l'iscrizione negli elenchi dei Medici Pediatri di Libera Scelta nei seguenti ambiti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.....n°.....del.....:

Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____
Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ___ di _____ Distretto/Ambito _____

VDA Net Banca Dati Sanitaria Farmaceutica

Zona Territoriale n° ____ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ____ di _____ Distretto/Ambito _____

Zona Territoriale n° ____ di _____ Distretto/Ambito _____ Zona Territoriale n° ____ di _____ Distretto/Ambito _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4 della Legge 4/1/68 n° 15 dichiara:

1. di essere residente aprov..... a far data dal....., Zona Territoriale dell'ASUR di residenza.....;

2. di essere residente nel territorio della Regione..... dal.....;

3. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati²:

Soggetto.....ore sett.

Via.....Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

4. essere/non essere¹ titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R.....

con massimale di n°.....scelte. Periodo : dal.....

5. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come specialista ambulatoriale convenzionato interno in branche diverse dalla pediatria²:

Zona Territoriale.....branca.....ore sett.

Zona Territoriale.....branca.....ore sett.

6. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni²:

Provinciabranca.....

Periodo: dal.....

7. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto Legislativo n° 502/92:

Zona TerritorialeVia.....

Tipo di Attività

Periodo: dal.....

8. essere/non essere¹ titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione

.....

o in altra Regione²:

Regione.....Zona Territoriale.....ore sett.

In forma attiva – in forma di disponibilità¹

9. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78²:

Organismo.....ore sett.

ViaComune di.....

Tipo di Attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

10. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78²:

Organismo.....ore sett.

ViaComune di.....

Tipo di Attività

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

11. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Zona Territorialeore sett.....

ViaComune di.....

Periodo: dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ per conto dell'I.N.P.S. o della Zona Territoriale d'iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte²:

Zona Territoriale n°..... Comune di.....

Periodo: dal.....

13. fruire/non fruire¹ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal.....

14. svolgere/non svolgere¹ altra attività presso soggetto pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....

.....

Periodo: dal.....

15. operare/non operare¹ a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,):

Soggetto pubblico.....

Via.....Comune di.....

Tipo di Attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

16. essere/non essere titolare¹ di trattamento di pensione a carico di²:.....

.....
.....

Periodo: dal.....

17.fruire/non fruire¹ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita²:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....
Periodo: dal.....

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

...I... sottoscritt... si impegna a far cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

In fede

Chiede che 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

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".