

COMUNE DI SAN GIOVANNI ROTONDO
Delibera G.C. 1 ottobre 2012, n. 213

Approvazione variante accorpamento lotti 17 e 18 zona C2 insula C2(8).

Omissis

IL CONSIGLIO COMUNALE

Omissis

DELIBERA

- di accogliere la proposta dell'U.T.C. riportata in premessa e qui intesa come integralmente trascritta, e quindi:

- 1) di approvare, ai sensi del combinato disposto di cui agli art. 5 comma 13 L. 106/2011 e 10 della L.R. n. 21/2011, la variante al Piano di recupero e riqualificazione urbanistica della zona C2 insula C2 (8) compresa tra via Foggia e Tratturo delle Corse per accorpamento lotti 17 e 18, richiesta con nota del 22.06.2011 prot. 16227 e successiva nota integrativa in data 14.02.2012 al n. 3872 di prot. a firma dei sigg. Leonardo Longo e Costanzo Perrone, come da parere favorevole dell'Ufficio Tecnico riportato nella delibera di adozione della variante n. 166/2012 e che qui si intende integralmente trascritto;
- 2) di dare atto che la variante comprende i seguenti elaborati scritto-grafici a firma del

tecnico progettista arch. Abbascià Pasquale, allegati alla nota del 12.04.2012 prot. n. 9453 e nota in data 25.5.2012 prot. 13451:

- Tavola unica del progetto di variante composta da:

- 1) Relazione tecnica;
- 2) Planimetria stralcio PRG;
- 3) Planimetria aerofotogrammetrica;
- 4) Planimetria catastale;
- 5) Planimetria piano approvato;
- 6) Planimetria di progetto;
- 7) Planimetria di dettaglio;

- 3) di demandare al Dirigente del Settore Urbanistica i successivi adempimenti di competenza.

Omissis

San Giovanni Rotondo, lì 31 dicembre 2012

Il Dirigente del Settore
Urbanistica e LL.PP.
Ing. Benedetto di Lullo

Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi

Concorsi

REGIONE PUGLIA SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE PREVENZIONE

Ore carenti di continuità assistenziale rilevate a marzo 2011.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT1			
Via Fornaci n° 201 70031 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°284 del 09/03/2011
5	BISCEGLIE	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	carenze	DELIBERA
2	MARIOTTO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N°1623 del 22/09/2011
5	TORITTO	1 INCARICO a 24 ore	
6	BARI-SANPAOLO	1 INCARICO a 24 ore	
13	CASAMASSIMA	1 INCARICO a 24 ore	
14	CASTELLANA G.	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR1			
Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	CEGLIE MESSAPICA	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 1906 del 15/11/2011
3	ORIA	1 INCARICO a 24 ore	
4	CELLINO S.MARCO	1 INCARICO a 24 ore	
4	MESAGNE	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
51	SERRACAPRIOLA	1 INCARICO a 28 ore	Del. n. 1882 del 16/12/2012
51	SAN SEVERO	1 INCARICO a 28 ore	
52	SANNICANDRO G.	1 INCARICO a 28 ore	
53	PESCHICI	2 INCARICHI a 28 ore (totale 56)	
53	VICO DEL GARGANO	1 INCARICO a 28 ore	
53	VIESTE	1 INCARICO a 28 ore	
55	CARAPELLE	1 INCARICO a 28 ore	
55	CERIGNOLA	1 INCARICO a 28 ore	
55	ORDONA	1 INCARICO a 28 ore	
58	BICCARI	1 INCARICO a 28 ore	
58	ROSETO VALFORTORE	1 INCARICO a 28 ore	
58	SAN MARCO LA CATOLA	2 INCARICHI a 28 ore (totale 56)	
59	ASCOLI SATRIANO	1 INCARICO a 28 ore	
59	CASTELLUCCIO V.	1 INCARICO a 28 ore	
59	ORSARA DI P.	1 INCARICO a 28 ore	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Miglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
56	TAVIANO	1 INCARICO a 24 ore	Delibera N° 852del 23/12/2011
57	MURO LECCESE	1 INCARICO a 24 ore	
57	CORIGLIANO D'OTRANTO	1 INCARICO a 24 ore	
59	MATINO	1 INCARICO a 24 ore	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA1			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
4	TALSANO	2 INCARICHI a 24 ore (totale 48)	Delibera N°1577del 25/05/2011



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione delle carenze di continuità assistenziale suindicate è gestita dalle AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 63 del Accordo collettivo nazionale di medicina generale del 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2011, approvata con determinazione dirigenziale n. 553 del 22/12/2011 e pubblicata sul BURP n. 11 del 24/01/2012, e successivamente integrata con determinazione dirigenziale n. 265 del 09/08/2012 e pubblicata sul BURP n. 119 del 16/08/2012.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 15 (quindici) giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza in bollo, di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle Aziende Sanitarie Provinciali competenti territorialmente.

Allegato "A" domanda per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09.

Allegato "B" domanda per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 63 comma 2 lett. b) ACN 29/07/09.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della legge n. 445/00, esente da bollo, con allegata copia fotostatica di un documento di identità, attestante l'esistenza di rapporto di lavoro dipendenti in atto alla data di presentazione della domanda, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in posizione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 8, dell'art. 17, ACN 29/07/09.

Per l'assegnazione delle carenze di continuità assistenziale mediante graduatoria regionale di medicina generale si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a) e b), le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 67% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03;
- 2) Percentuale del 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

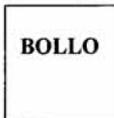
Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 29/07/09, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 29/07/09. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Fulvio LONGO)

ALLEGATO "A"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO)



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _ F _ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. _____ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione _____, dal _____, titolare di incarichi a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL _____ di _____ per l'ambito distrettuale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale 29/07/09, per l'assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP N. _____ Del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

- Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____
Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____
Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____
Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà(resa ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 63, comma 2 lett. a) dell'ACN 29/07/09 e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

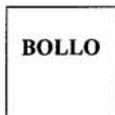
Data _____

(firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità.

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)**



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE DI _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _____ F _____ codice fiscale _____ residente a _____

Prov. _____ via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2011

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 11 del 24 gennaio 2012

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'ACN 29/07/09, di assegnazione, degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Comune _____ Distretto _____ incarico vacante ore _____ ASL\ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 dell' ACN 29/07/09, 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 al D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e D.L.vo 277/03 (art.16 comma 7 lett. a, ACN 29/07/09);
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7 lett. b ACN 29/07/09).

Chiede che per 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. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità.