

COMUNE DI TRIGGIANO
Decreto 15 aprile 2013, n. 20

Esproprio.

Si rende noto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 23, co. 5, d.P.R. n. 327/2001, che con decreto n. 20 del 15/04/2013 è stata pronunciata in favore del Consorzio DIF con sede in Triggiano alla via Collodi n. 4, e per esso dell'assegnatario del lotto n. I e 2, nel quale il suolo oggetto di esproprio ricade, consorziato Soffigen s.u.r.l. con sede in Triggiano alla via Strada Prov. N. 60 Km 2.200 (p. iva 01269180723), l'espropriazione definitiva per pubblica utilità ed eseguito il passaggio del diritto di proprietà del bene sito in Triggiano, censito in catasto:

Foglio 17 particella 1075 superficie mq 36

Ditta catastale:

- 1) Mastrodonardo Anna Stella, nata a Triggiano il 06/12/1966, c.f. MSTNST66T46L425B - proprietà 1/1 bene personale.
Indennità depositata: € 1518.48

Il presente atto è esente da bollo.

Triggiano, li 01/08/2013

Il delegato alla procedura espropriativa
CONSORZIO DIF
Il Presidente
Avv. Luigi d'Ambrosio

Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi

Appalti

COMUNE DI MINERVINO MURGE

Avviso di asta pubblica per alienazione immobile.

Il Comune procederà alla vendita, mediante asta pubblica ai sensi dell'art. 73 lett. c) e dell'art. 76 del

R.D.23.5.1924 n. 827 e successive modificazioni ed integrazioni, con il metodo delle offerte segrete in aumento sul prezzo a base d'asta, del seguente immobile sito in Minervino Murge: Locale a piano terra tra Viale di Vittorio e Via T. Fiore con accesso dal civico 2 di tale via, composto da un unico vano, della superficie lorda di circa mq. 143 e utile di circa mq. 125, altezza media interna circa m. 3,90, privo di impianto idrico e fognario, censito al Catasto Terreni di Minervino Murge, in ditta di questo Comune, al foglio 117 particella 203 come "Fabbricato Urbano da accertare", ricadente in Zona B (zona residenziale di completamento) secondo il P.d.F. ed in Zona B1 - maglia B1-9 - secondo le previsioni del P.U.G. - Prezzo a base d'asta € 70.560,00. L'asta avrà luogo il giorno 6 settembre 2013 con inizio alle ore 10,00 nel Palazzo Municipale, Piazza Aldo Moro n. 6. Il termine per la presentazione delle offerte è stabilito alle ore 13,00 del giorno 5 settembre 2013.

Copia integrale del bando può essere richiesta al sottoscritto responsabile del procedimento (Tel. 0883/695909-698133) ed è pubblicata altresì sul sito internet www.comune.minervinomurge.ba.it.

Il Responsabile Settore Patrimonio
Dr. Giuseppe Mastropasqua

Concorsi

REGIONE PUGLIA SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Ambiti carenti di assistenza primaria rilevate a settembre 2009

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT			
Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	ANDRIA	2 INCARICHI	Delibera N°944 del 14/06/2012
4	BARLETTA	1 INCARICO	
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	carenze	DELIBERA
54	ALTAMURA	1 INCARICO	Delibera N°339 del 21/02/13
8	BARI	1 INCARICO	
63	GIOIA DEL COLLE	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR1			
Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	FRANCAVILLA F.	1 INCARICO	Delibera N° 1344 del 22/07/13
3	CAROVIGNO	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
53	VIESTE	1 INCARICO	Delibera N°832 del 22/05/13
54	MANFREDONIA	1 INCARICO	
55	CERIGNOLA	3 INCARICHI	
56/57	FOGGIA	2 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
		NESSUNA ZONA CARENTE	Delibera N° 1059del 26/06/13

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA11			
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3/4	TARANTO	1 INCARICO	Delibera N° 792 del 12/07/13



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI e PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 29/07/2009".

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2009, approvata con determinazione dirigenziale n. 308 del 28/09/10 è pubblicata sul BURP n. 155 del 07/10/10.

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

Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 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 L. 445/00, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, 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 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, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria 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) Una 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 AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

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 _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____ per 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 29/07/09, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 29/07/09 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

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 AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

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 _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno _____

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 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 medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondente di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D.L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);
- riserva per 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. _____

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

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.

REGIONE PUGLIA SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

Ambiti territoriali carenti di emergenza sanitaria territoriale (118) rilevate a marzo 2012.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
	NESSUN INCARICO	Delibera n. 763 del 22/05/2012(carenze a marzo 2012)
CANOSA	2INCARICHI	Nota n. 49193 del 26/07/13(residui marzo e settembre 2011)
MARGHERITA DI S.	1 INCARICO	
MINERVINO M.	1 INCARICO	
SPINAZZOLA	2INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
BARI p.zza Moro	2INCARICHI	DEL.545 del 22/03/12(di cui un incarico residuo anno.2011 nota 126148 del 16/07/13) -
NOCI	1 INCARICO	e nota precisazione n. 70615 del 26/04/2012
SANTERAMO	2INCARICHI	Nota n. 126148 del 16/07/2013(residui anno 2011)
BITONTO	4INCARICHI	
GRUMO APPULA	1 INCARICO	
LOCOROTONDO	1 INCARICO	
GRAVINA	2INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR1 Via Napoli n°8 72100 Brindisi		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
CISTERNINO	2INCARICHI	Nota n. 53997 del 29/07/2013 (residui anno 2011)
CEGLIE MESSAPICA	3INCARICHI	
BRINDISI	3INCARICHI	
FRANCAVILLA F.	1 INCARICO	
S.PIETRO VER.	1 INCARICO	
TORRE S.SUSANNA	4INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA		
Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
VOLTURINO	1 INCARICO	Nota n° 74173 del 26/07/13 (residui marzo e settembre 2011)
LESINA	3 INCARCHI	
SERRACAPRIOLA	2 INCARICHI	
PESCHICI	1 INCARICO	
MANFREDONIA	1 INCARICO	
ORTANOVA	2 INCARICHI	
MATTINATA	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE		
Via Maglietta n°5 73100 Lecce		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
OTRANTO	1 INCARICO	Delibera n° 1370 del 31/07/2013 (residui anno 2011)
SCORRANO	1 INCARICO	
POGGIARDO	2 INCARICHI	
NARDO'	4 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA11		
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto		
POSTAZIONE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
TARANTO NORD	2 INCARICHI	Nota n° 53542 del 10/07/13 (carenze marzo 2012)
GROTTAGLIE	1 INCARICO	
CASTELLANETA	2 INCARICHI	DEL. n.1287 del 21/06/13 (1residuo marzo2011 e 1 residuo 2009/2010)
MASSAFRA	1 INCARICO	Residuo marzo 2011
TARANTO CENTRO	1 INCARICO	Residuo marzo 2011
MOTTOLA	1 INCARICO	Residui anno 2009/2010
LATERZA	5 INCARICHI	
GINOSA	1 INCARICO	
TALSANO	5 INCARICHI	
CRISPIANO	5 INCARICHI	
TARANTO SUD	2 INCARICHI	



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicate è gestita dalle nuove Aziende Sanitarie Provinciali e dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2012, approvata con determinazione dirigenziale n. 82 del 12/03/2013 e pubblicata sul BURP n. 43 del 21/03/2013.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento del possesso del requisito per la formulazione delle graduatorie aziendali di cui discendono gli incarichi di Medicina Generale è la data di rilevazione delle carenze.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
- b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06.

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 di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati indirizzandola alle AA.UU.SS.LL. e alle AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI competenti.

Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 29/07/09.

Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 29/07/09.

Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n°26 del 09/08/06).

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, (comma 14, art. 92, ACN 29/07/09).

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 EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

BOLLO	RACCOMANDATA	All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____
--------------	--------------	--

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale

pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° ___ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

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. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:
allegati n° ___ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

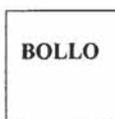
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**



RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M F Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2012 con punti _____ alla posizione n° _____ è pubblicata sul BURP n° 43 del 21/03/2013

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

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. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26 del 09/08/2006**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

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. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____