
Concorsi

REGIONE PUGLIA SERVIZIO PROGRAMMAZIONE
ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA E
ACCREDITAMENTO

**Avviso sorteggio componenti regionali effettivo e
supplente. Commissione esaminatrice concorso
pubblico indetto dall'A.O.U. Ospedali Riuniti -
Foggia.**

SI RENDE NOTO

che in data 27.11.2015, nella stanza n. 82 - Corpo
E2 del 1° piano dell'Assessorato alle Politiche della
Salute, sito in Via Gentile n. 52 di Bari, in applica-
zione dell'art. 12 del Regolamento Regionale 29 set-
tembre 2009, n. 20, attuativo della Legge Regionale
n. 15/2008, saranno effettuate alle ore 9,00 da

parte dell'apposita commissione, all'uopo costi-
tuita, le operazioni di sorteggio dei componenti di
designazione regionale, effettivo e supplente, pre-
viste dal D.P.R. n. 483/97, in seno alla Commissione
esaminatrice del concorso pubblico, indetto
dall'A.D.U. Ospedali Riuniti di Foggia, per la coper-
tura di n. 1 posto di Dirigente Medico appartenente
alla discipline di Oncologia.

Il presente avviso vale come notifica agli interes-
sati, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6, comma 3, del
citato D.P.R. n. 483/97.

Il Dirigente del Servizio
Dott. Giovanni Campobaso

REGIONE PUGLIA SERVIZIO PROGRAMMAZIONE
ASSISTENZA TERRITORIALE E PREVENZIONE

**Ambiti carenti di medicina generale rilevate a
marzo e settembre 2013.**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29/07/09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI
DEL Comma 1, ART. 34, ACN 29/07/09 DALLE AZIENDE SANITARIE A MARZO E SETTEMBRE**

2013

| AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria | | | |
|--|----------------------|-------------|--|
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 3 | SPINAZZOLA | 1 INCARICO | Nota 49828 del 07/09/15 (residuo settembre 2010) |
| 2 | ANDRIA | 2 INCARICHI | (residui marzo 2012) |
| 5 | BISCEGLIE | 1 INCARICO | (residuo marzo 2012) |
| 4 | BARLETTA | 1 INCARICO | (residuo settembre2012) |
| 1 | MARGHERITA DI SAVOIA | 1 INCARICO | Delibera 806 del 23/05/13 (marzo 2013) |
| 1 | SAN FERDINANDO DI P. | 1 INCARICO | (marzo 2013) |
| 5 | BISCEGLIE | 1 INCARICO | (marzo 2013) |
| 5 | TRANI | 1 INCARICO | (marzo 2013) |
| 2 | ANDRIA | 1 INCARICO | Delibera 1888 del 04/12/13 (settembre 2013) |
| 4 | BARLETTA | 1 INCARICO | (settembre 2013) |
| 5 | BISCEGLIE | 1 INCARICO | (settembre 2013) |
| 5 | TRANI | 1 INCARICO | (settembre 2013) |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari | | | |
|---|---------------------|-------------|---|
| DISTRETTO | COMUNE | carenze | DELIBERA |
| 54 | SANTERAMO | 2 INCARICHI | Nota 175218/2 del 22/09/15 (residui marzo 2008) |
| 54 | SANTERAMO | 1 INCARICO | (residuo marzo2009) |
| 54 | GRAVINA-POGGIORSINI | 1 INCARICO | (residuo marzo2009) |
| 54 | ALTAMURA | 1 INCARICO | (residuo marzo2010) |
| 54 | GRAVINA-POGGIORSINI | 1 INCARICO | (residuo marzo2011) |
| 54 | ALTAMURA | 1 INCARICO | (residuo settembre2011) |
| 64 | PUTIGNANO | 1 INCARICO | (residuo settembre2011) |
| 64 | ALBEROBELLO | 1 INCARICO | (residuo marzo2012) |
| 54 | ALTAMURA | 1 INCARICO | (residuo marzo2012) |
| 59 | BITETTO | 1 INCARICO | (residuo marzo2012) |
| 55 | CASSANO MURGE | 2 INCARICHI | (residui marzo2012) |
| 64 | CASTELLANA G. | 1 INCARICO | (residuo marzo2012) |
| 54 | GRAVINA-POGGIORSINI | 1 INCARICO | (residuo settembre2012) |
| 53 | MOLFETTA | 1 INCARICO | (residuo settembre2012) |
| 64 | NOCI | 1 INCARICO | (residuo settembre2012) |
| 64 | ALBEROBELLO | 1 INCARICO | Delibera 782 del 06/05/14 (marzo2013) |
| 8 | BARI | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 64 | CASTELLANA G. | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 53 | MOLFETTA | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 55 | SANNICANDRO | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 52 | TERLIZZI | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 60 | TRIGGIANO | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 63 | TURI | 1 INCARICO | (marzo2013) |
| 6 | BARI | 1 INCARICO | Delibera 783 del 06/05/14 (settembre2013) |
| 8 | BARI | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 55 | CASSANO | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 63 | GRUMO-BINETTO | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 64 | NOCI | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 61 | NOICATTARO | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 61 | RUTIGLIANO | 1 INCARICO | (settembre2013) |
| 63 | TURI | 1 INCARICO | (settembre2013) |

| AZIENDA SANITARIA LOCALE BR Via Napoli n°8 72100 Brindisi | | | |
|--|---------------------|----------------------|--|
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 3 | FRANCAVILLA F. | 1 INCARICO | Nota 64807 del 21/10/15 (residuo marzo 2011) |
| 4 | LATIANO | 1 INCARICO | \\ (residuo settembre 2012) |
| 1 | BRINDISI | 2 INCARICHI | Delibera 1757 del 20/10/15 (marzo 2013) |
| 2 | CISTERNINO | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 3 | CAROVIGNO | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 4 | MESAGNE | 2 INCARICHI | \\ (marzo 2013) |
| 4 | TORRE SANTA SUSANNA | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 4 | ERCHIE | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| | | NESSUNA ZONA CARENTE | Delibera 1757 del 20/10/15 (settembre 2013) |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia | | | |
|---|------------------------|------------|--|
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 52 | SAN GIOVANNI ROTONDO | 1 INCARICO | Nota 86511 del 07/10/15 (residuo marzo 2012) |
| 51 | TORREMAGGIORE | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2012) |
| 55 | CERIGNOLA | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2012) |
| 54 | MANFREDONIA | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2012) |
| 51 | TORREMAGGIORE | 1 INCARICO | \\ (residuo settembre 2012) |
| 51 | SAN SEVERO | 1 INCARICO | Delibera 649 del 08/10/15 (marzo 2013) |
| 54 | MANFREDONIA | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 55 | CERIGNOLA | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 55 | ORTA NOVA | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 58 | ROSETO VALFORTORE | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 60 | FOGGIA | 1 INCARICO | \\ (marzo 2013) |
| 52 | SAN GIOVANNI ROTONDO | 1 INCARICO | Delibera 649 del 08/10/15 (settembre 2013) |
| 55 | STORNARA | 1 INCARICO | \\ (settembre 2013) |
| 59 | CASTELLUCCIO DEI SAURI | 1 INCARICO | \\ (settembre 2013) |
| 60 | FOGGIA | 1 INCARICO | \\ (settembre 2013) |

| AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE Via Maglietta n°5 73100 Lecce | | | |
|---|-----------------------------|-------------|---|
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 56 | ALLISTE | 1 INCARICO | Nota 153000 del 26/10/15 (residuo marzo 2012) |
| 51 | MONTERONI | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2010) |
| 60 | TRICASE | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2010) |
| 51 | LECCE-ARNESANO | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2011) |
| 60 | MIGGIANO-MONTESANO-SPECCHIA | 2 INCARICHI | Delibera 1733 del 30/10/15 (marzo 2013) |
| 51 | LECCE-ARNESANO | 2 INCARICHI | \\ (settembre 2013) |
| 53 | GALATONE-SECLI' | 1 INCARICO | \\ (settembre 2013) |
| 54 | VERNOLE | 1 INCARICO | \\ (settembre 2013) |

| AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n°31 74100 Taranto | | | |
|--|--------------------|-------------|---|
| DISTRETTO | COMUNE | CARENZE | DELIBERA |
| 6 | GROTTAGLIE | 1 INCARICO | Nota 127416 del 24/09/15 (residuo marzo 2011) |
| 6 | SAN GIORGIO JONICO | 1 INCARICO | \\ (residuo marzo 2012) |
| 2 | MASSAFRA | 1 INCARICO | \\ (residuo settembre 2012) |
| 1 | GINOSA | 1 INCARICO | \\ (residuo settembre 2012) |
| 7 | MANDURIA | 2 INCARICHI | Delibera 792 del 12/07/13 (marzo 2013) |
| 1 | LATERZA | 2 INCARICHI | Delibera 101 del 05/02/15 (settembre 2013) |

N.B. Si da atto che la pubblicazione delle carenze anno 2013 è stata effettuata sulla base delle comunicazioni disposte dalle singole AA.SS.LL. anche in relazione ai residui anni precedenti, così come previsto dal bando pubblicato sul BURP N.54 del 16/04/2015 nonché della circolare prot. n. 152/4245/PATP del 12/03/2015.

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 29/07/09".

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2013, approvata con determinazione dirigenziale n. 6 del 14/01/2014 è pubblicata sul BURP n. 10 del 23/01/2014.

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, distinta per ogni semestre, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AZIENDE Sanitarie 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 situazione 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) 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.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, si comunica che gli incarichi carenti saranno assegnati in unica soluzione, per semestre, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche a tramite posta certificata.

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione. Gli eventuali incarichi già assegnati a cui non farà seguito l'apertura dello studio da convenzionarsi, nei termini di 90 gg previsti dall'art. 95 ACN vigente, vanno considerati come residui e ribaltati sulla rilevazione della annualità successiva.

Le AA.SS.LL. devono procedere a formulare le graduatorie ed assegnazione i relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

| | |
|--------|------------------|
| ASL BA | 01 febbraio 2016 |
| ASL BR | 02 febbraio 2016 |
| ASL BT | 03 febbraio 2016 |
| ASL FG | 04 febbraio 2016 |
| ASL LE | 05 febbraio 2016 |
| ASL TA | 08 febbraio 2016 |

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui (anno 2013) dovranno essere tempestivamente comunicati e comunque non oltre il 31 maggio 2016 all'Assessorato al Welfare per consentire la pubblicazione delle carenze marzo e settembre 2014.

In assenza di comunicazione si procederà d'ufficio a pubblicare le carenze relative all'anno 2014, così come già comunicato.

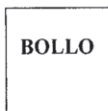

ISTRUTTORE
(Sig. Pietro LAMANNA)

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito CARBONE)


LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dott.ssa Giovanna LABATE)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**



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 _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

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 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

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, pena esclusione.

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 2013al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 10 del 23/01/2014

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 _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

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 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 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 :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

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

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

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, pena esclusione.