

CONCORSI

REGIONE LAZIO - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E SOCIALE

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE 23 maggio 2011 n. **B4085**.

Bando per la copertura delle zone carenti di assistenza primaria rilevate in data 1 marzo 2010 e 1 settembre 2010, ai sensi degli articoli 33 e 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale con i medici di medicina generale, sottoscritto in Conferenza Stato Regioni in data 23 marzo 2005 - testo integrato con l'ACN 29 luglio 2009.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

SU PROPOSTA del Dirigente dell'Area Risorse Umane e Formazione;

VISTA la legge regionale n. 6 del 18 febbraio 2002, concernente la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e le disposizioni relative alla dirigenza e al personale;

VISTO il Regolamento n. 1 del 6 settembre 2002 e s.m.i., "*Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei servizi della Giunta Regionale*:"

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale con i medici di medicina generale sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni il 23/3/2005 - testo integrato in data 29/07/2009 - ed in particolare gli articoli 33 e 34;

VISTE le note del Dipartimento Sociale – Direzione Regionale Risorse Umane e Finanziarie del SSR - Area Risorse Umane del SSR e Formazione - prot. n. 36704 del 16/03/2010 e n. 106136 del 06/09/2010 con le quali è stata emanata la direttiva alle A.S.L. per l'individuazione delle zone carenti di assistenza primaria alle date del 1 marzo 2010 e 1 settembre 2010;

CONSIDERATO che per garantire il diritto di scelta da parte del cittadino la determinazione del rapporto ottimale è stata effettuata dalle A.S.L. per distretti;

PRESO ATTO delle rilevazioni effettuate da ciascuna A.S.L. nonché dal Dipartimento Programmazione Economica e Sociale - Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR - Area Risorse Umane e Formazione - per il Comune di Roma;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso in data 15/04/2011 dal Comitato Regionale per la Medicina Generale in merito alle carenze rilevate;

RILEVATO che in attuazione dell'art. 33 del richiamato A.C.N./2005 e s.m.i., i distretti carenti di assistenza primaria, alla data del 1 marzo 2010, hanno evidenziato una disponibilità complessiva regionale pari a 87 unità come di seguito indicato:

ASL RM-A-B-C-D-E (Comune di Roma): 01/03/2009 = 31 posti

ASL RM/F: 01/03/2010

Distretto F/1 = 2 posti

Distretto F/2 = 2 posti

Distretto F/3 = 1 posto

ASL RM/G: 01/03/2010

Distretto Monterotondo = 5 posti

Distretto Guidonia = 4 posti

Distretto Subiaco = 3 posti

Distretto Palestrina = 2 posti

Distretto Colferro = 2 posti

ASL RM/H:01/03/2010

Distretto H/1 = 3 posti

Distretto H/3 = 1 posto

Distretto H/6 = 3 posti

ASL di Viterbo:01/03/2010

Distretto n. 2 = 4 posti

Distretto n. 3 = 1 posto

Distretto n. 5 = 4 posti

ASL di Latina:01/03/2010

Distretto 2 (Latina) = 3 posti

Distretto 4 (Terracina-Fondi) = 2 posti

Distretto 5 (Formia Gaeta) = 1 posto con obbligo apertura studio medico Comune di Ponza.

ASL di Rieti : 01/03/2010

Distretto n. 3 "Salario" = 1 posto

ASL di Frosinone : 01/03/2010

Distretto "A" = 9 posti

Distretto "C" = 3 posti

Ed alla data del 1 settembre 2010, una disponibilità complessiva regionale pari a 33 unità come di seguito indicato:

ASL RM-A-B-C-D-E (Comune di Roma): 01/03/2009 = 11 posti

ASL RM/F: 01/09/2010

Distretto F/1 = 2 posti

Distretto F/2 = 2 posti

Distretto F/3 = 1 posto

ASL RM/G: 01/09/2010

Distretto Monterotondo = 1 posto

Distretto Guidonia = 1 posto

Distretto Subiaco = 1 posto

Distretto Palestrina = 1 posto

ASL RM/H:01/09/2010

Distretto H/3 = 1 posto

Distretto H/6 = 3 posti

ASL di Viterbo:01/09/2010

Distretto n. 1 = 1 posto

ASL di Latina:01/09/2010

Distretto 1 (Aprilia-Cisterna) = 3 posti

Distretto 4 (Terracina- Fondi) = 1 posto

Distretto 5 (Formia-Gaeta) = 1 posto

ASL di Rieti : 01/09/2010

Distretto n. 2 "Mirtense" = 1 posto

Distretto n. 3 "Salario" = 1 posto

ASL di Frosinone : 01/09/2010

Distretto "C" = 1 posto

RITENUTO necessario determinare le modalità di formalizzazione della richiesta e attribuzione dei relativi incarichi;

RITENUTO opportuno quindi predisporre apposito avviso (All. 1 comprensivo dei modelli per la richiesta di partecipazione – All. A-B-C-D) che è parte integrante della presente determinazione.

DETERMINA

1) I distretti carenti di assistenza primaria alle date del 1 marzo 2010 e del 1 settembre 2010, sono quelli sotto elencati, con a margine indicato il numero dei medici occorrenti per il rispetto del rapporto ottimale per un totale complessivo regionale di 120 posti:

ASL RM-A-B-C-D-E (Comune di Roma): 01/03/2009 = 31 posti

ASL RM-A-B-C-D-E (Comune di Roma): 01/03/2009 = 11 posti

Totali Ambito Comune di Roma = 42 posti (di cui 14 riservati ai trasferimenti)

ASL RM/F: 01/03/2010

Distretto F/1 = 2 posti

Distretto F/2 = 2 posti

Distretto F/3 = 1 posto

ASL RM/F: 01/09/2010

Distretto F/1 = 2 posti

Distretto F/2 = 2 posti

Distretto F/3 = 1 posto

Totali RM/F = 10 posti (di cui 3 riservati ai trasferimenti)

ASL RM/G: 01/03/2010

Distretto Monterotondo = 5 posti

Distretto Guidonia = 4 posti

Distretto Subiaco = 3 posti

Distretto Palestrina = 2 posti

Distretto Collesferro = 2 posti

ASL RM/G: 01/09/2010

Distretto Monterotondo = 1 posto

Distretto Guidonia = 1 posto

Distretto Subiaco = 1 posto

Distretto Palestrina = 1 posto

Totali RM/G = 20 posti (di cui 7 riservati ai trasferimenti)

ASL RM/H:01/03/2010

Distretto H/1 = 3 posti

Distretto H/3 = 1 posto

Distretto H/6 = 3 posti

ASL RM/H:01/09/2010

Distretto H/3 = 1 posto

Distretto H/6 = 3 posti

Totali RM/H = 11 posti (di cui 4 riservati ai trasferimenti)

ASL di Viterbo:01/03/2010

Distretto n. 2 = 4 posti

Distretto n. 3 = 1 posto

Distretto n. 5 = 4 posti

ASL di Viterbo:01/09/2010

Distretto n. 1 = 1 posto

Totali ASL VT = 10 posti (di cui 3 riservati ai trasferimenti)

ASL di Latina:01/03/2010

Distretto 2 (Latina) = 3 posti

Distretto 4 (Terracina-Fondi) = 2 posti

Distretto 5 (Formia Gaeta) = 1 posto con obbligo apertura studio medico Comune di Ponza.

ASL di Latina:01/09/2010

Distretto 1 (Aprilia-Cisterna) = 3 posti

Distretto 4 (Terracina-Fondi) = 1 posto

Distretto 5 (Formia-Gaeta) = 1 posto

Totali ASL LT = 11 posti (di cui 4 riservati ai trasferimenti)

ASL di Rieti : 01/03/2010

Distretto n. 3 "Salario" = 1 posto

ASL di Rieti : 01/09/2010

Distretto n. 2 "Mirtense" = 1 posto

Distretto n. 3 "Salario" = 1 posto

Totali ASL RI = 3 posti (di cui 1 riservato ai trasferimenti)

ASL di Frosinone : 01/03/2010

Distretto "A" = 9 posti

Distretto "C" = 3 posti

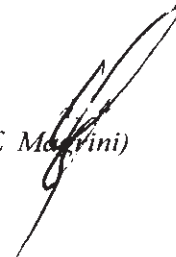
ASL di Frosinone : 01/09/2010

Distretto "C" = 1 posto

Totali ASL FR = 13 posti (di cui 4 riservati ai trasferimenti)

- 2) rinviare per quanto attiene alle disposizioni applicative all'**Allegato 1 "Avviso per l'inserimento negli elenchi di assistenza primaria"** che fa parte integrante della presente determinazione;
- 3) pubblicare detta determinazione sul "Bollettino Ufficiale" della Regione Lazio in ottemperanza al comma 1 dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale citato in premessa.

IL DIRETTORE (M. Grini)



ALLEGATO: 1**OGGETTO: Avviso per l'inserimento negli elenchi dell'assistenza primaria.**

Ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale sottoscritto il 23.03.2005 e integrato in data 29/07/2009, con la presente determinazione vengono pubblicate le carenze di assistenza primaria alla data del 1 marzo 2010 e del 1 settembre 2010. Le stesse vanno attribuite ai medici in base alla graduatoria unica regionale valida per l'anno 2010.

Art. 1

Presentazione delle domande

- a) i medici aspiranti al conferimento dell'incarico entro il termine perentorio di quindici giorni decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale devono spedire la domanda alla Regione Lazio - Dipartimento Programmazione Economica e Sociale – Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale – Area DB/07-11 – Via R.R. Garibaldi n.7 – 00145 Roma. Nel caso in cui la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo. La domanda deve essere conforme all'allegato A) del presente avviso per i medici che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, all'allegato B) per la partecipazione per graduatoria e all'allegato C) per trasferimento.
- b) La domanda in bollo da € 14,62 e senza autenticazione della firma, deve essere inviata esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento e si considera prodotta in tempo utile solo se spedita entro il termine indicato precedentemente. A tale fine fa fede il timbro e la data dell'Ufficio Postale accentrante;
- c) La domanda deve essere corredata dalla fotocopia di un valido documento di riconoscimento e dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa esclusivamente sul **mod. D** allegato al presente avviso; la mancata presentazione della fotocopia del documento o della dichiarazione di cui al presente comma nonché la mancata apposizione del Bollo comporta l'esclusione dalla graduatoria.

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per il caso di dispersione di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o la mancata indicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato sulla domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

Il termine stabilito per la presentazione della domanda è perentorio e, pertanto, non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengono spedite oltre il termine previsto.

Art. 2

Requisiti

Possono presentare domanda i medici:

- a) Che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, per la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza

primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91);

- b) iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione Lazio, che risultino inseriti da almeno due anni nell'elenco di provenienza;
- c) iscritti negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria di altre Regioni che risultino inseriti da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza;

ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale e al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per incarichi di continuità assistenziale:

- d) partecipanti alla graduatoria valida per l'anno 2010.

I Medici già titolari di incarico a tempo indeterminato anche se inseriti in graduatoria regionale, ai sensi comma 11, art. 15 dell'ACN in vigore, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Art. 3

Conferimento incarichi

Dipartimento Programmazione Economica e Sociale – Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale – Area DB/07-11 interpella:

- a) prioritariamente i medici di cui all'art. 2 lettera a) del presente avviso;
- b) successivamente interpella i medici già iscritti negli elenchi di cui all'art. 2 lettera b e c) in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici di assistenza primaria, tenendo presente che i trasferimenti sono possibili per ogni rilevazione, fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
- c) i medici partecipanti alla graduatoria definitiva unica regionale valida per l'anno 2010.

Art 4.

Formazione delle graduatorie

Per la formazione delle graduatorie di cui al punto c) dell'art. 3 del presente avviso, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale - Area DB/07-11 procederà come appresso specificato:

- a) determina il numero dei posti da assegnare ai medici presenti nella graduatoria regionale dopo il conferimento gli incarichi di cui ai precedenti punti a) e b) per reinscrizione e trasferimento;
- b) quantifica detti posti da assegnare ai medici presenti nella graduatoria, tenendo presente che per l'anno 2010 gli stessi sono riservati, per il 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art.2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e per il 33% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente;
- c) ordina le domande di conferimento degli incarichi in un solo elenco regionale degli aspiranti graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - 1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria definitiva regionale valida per l'anno 2010. si precisa che i punteggi sono determinati in base ai criteri previsti all'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale di categoria moltiplicati per 100;
 - 2) attribuzione di 500 punti a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e vale a dire fin dal 31 gennaio 2007;
 - 3) attribuzione di 2000 punti ai medici residenti nell'ambito della Regione Lazio da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e vale a dire fin dal 31 gennaio 2007.

I punteggi indicati ai punti 2) e 3) verranno attribuiti esclusivamente ai medici che dichiareranno il requisito nella domanda.

- d) contrassegna per evidenza, i soggetti partecipanti con l'attestato di cui all'art. 16, comma 7 lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto il 23.03.2005 e integrato in data 29/07/2009;
- e) indica nell'elenco, in corrispondenza di ciascun nominativo, le zone carenti richieste;
- f) colloca 2 volte nell'elenco il medico avente diritto ai 500 punti per la residenza: una prima volta, con 500 punti, in corrispondenza della zona di residenza richiesta. una seconda volta senza i 500 punti e con l'indicazione eventuale delle altre zone richieste;
- g) la graduatoria formata con i criteri citati, viene approvata con determinazione del direttore regionale e resa nota mediante la pubblicazione sul "Bollettino Ufficiale" della Regione Lazio e nel sito regionale;
- h) procede alla convocazione degli interessati seguendo l'ordine della graduatoria e coprendo le zone carenti attraverso l'individuazione degli aventi diritto;
- i) attribuisce, man mano che si procede, i posti assegnati alla quantità prestabilita di quelli riservati in percentuale ad una delle due categorie.
- j) quando la quantità di posti individuata per una categoria di riservatari si esaurisce, continua interpellando, solamente gli appartenenti all'altra categoria;
- k) qualora siano interpellati inutilmente gli aventi titolo ad una categoria e la graduatoria si è esaurita, interPELLa gli appartenenti all'altra categoria di riservatari secondo l'ordine della graduatoria;
- l) segnala i nominativi dei medici aventi diritto alla competente ASL per il conferimento dell'incarico.

La documentazione dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o che sia mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico non verrà presa in considerazione.

Art.5.

L'Amministrazione può effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai partecipanti all'avviso, in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 71 del T.U. approvato con D.P.R. 28/1/2000, n. 445.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'Amministrazione attiverà le procedure previste dagli atti 75 e 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e pronuncerà la decadenza dall'incarico sulla base della dichiarazione non veritiera.

L'amministrazione si impegna a trattare i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996 n. 675.

Art 6.

Instaurazione del rapporto convenzionale

- a) le procedure per l'instaurazione del rapporto convenzionale per l'assistenza primaria sono previste all'art. 35 dell'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto il 23.03.2005 e integrato in data 29/07/2009;
- b) i codici regionali definitivi, da attribuire ai medici da iscrivere negli elenchi, verranno forniti dalla scrivente Direzione alle ASL che ne faranno richiesta.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Guido Magrini)

ALL: A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**
(reinserimento ai sensi all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella L. n. 423/93)

RACCOMANDATA R/R

<i>Marca da Bollo € 14,62</i>

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR
Area DB/07-11
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ Già medico convenzionato presso la ASL _____
è cessato in data _____ in quanto ha esercita la opzione per la dipendenza presso
la A.S.L. _____ in data _____;

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 39, comma 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e ai sensi all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella L. n. 423/93, per la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale era convenzionato al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), in riferimento agli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per il seguente ambito:

ASL _____ (precedente convenzionamento)	Distretto _____ (precedente convenzionamento)	ASL _____ (per reinscrizione elenchi convenzione)	Distretto _____ (per reinscrizione elenchi convenzione)
---	---	---	---

A tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 39, comma 8 dell'A.C.N. per la medicina generale, allega alla presente la seguente documentazione comprovante i requisiti richiesti:

- lettera alla ASL di opzione esercitata ai sensi art. 4, comma 7. L. 412/91;
- provvedimento ASL di cessazione della convenzione in medicina generale o provvedimento di inquadramento alla dipendenza a seguito di detta opzione:

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D).

Data _____ firma per esteso _____

ALL:B

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

(per graduatoria)

RACCOMANDATA R/R

<p align="center"><i>Marca da bollo € 14,62</i></p>

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR
Area DB/07-11
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____
_____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'A.C.N. per la medicina generale
laureato dal _____ con voto _____;

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e 8 dell'A.C.N. per la medicina generale, di potere 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 256/91 o 277/03 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente Certificato storico di residenza o Autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D).

Data _____ firma per esteso _____

ALL: C**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

(per trasferimento)

RACCOMANDATA A/R

Marca da bollo € 14,62

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR
Area DB/07-11
Via R. R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per
l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria Locale n. _____ 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'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D) atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 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 _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO D

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
 a _____ il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di
 _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara
 formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) 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. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

 Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) 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 _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

 Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) 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 al rapporto 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 _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

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"