

20/10	Dipartimento per la pianificazione strategica	Area	Serv. 2
		/	

D.D.S. n. 02324/10

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

SERVIZIO 2° PERSONALE CONVENZIONATO S. S. R.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, ed in particolare l'art. 34 che stabilisce i criteri per la copertura degli ambiti carenti di Assistenza Primaria;
- VISTO l'art. 15 comma 11 dell'A. C. N. 29/07/09 ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;
- VISTO il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28/12/00 n.445;
- VISTO il D.D.G. n.0647 del 10/04/09 (G.U.R.S. n.19 del 30/04/09), come rettificato ed integrato dal D.D.G. n. 0932 del 19/05/09 (G.U.R.S. n. 27 del 12/06/09), con il quale sono state approvate le graduatorie regionali definitive di Medicina Generale valide per l'anno 2009 ed in particolare la graduatoria relativa al settore di Assistenza Primaria;
- VISTO il D.D.S. n. 02114/10 del 27/08/10, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 40 del 10/09/10, con il quale sono stati individuati gli ambiti carenti di Assistenza Primaria, accertati alla data del 1° settembre 2009 dalle AA. SS. PP. della Regione e sono stati indicati termini e modalità di presentazione delle domande, nonché i criteri di assegnazione degli stessi;

VISTA la nota prot. n. 3156 del 22/09/10 con la quale l'A. S. P. n. 6 di Palermo, ad integrazione della precedente nota prot. n. 59 dell' 1/04/2010, comunica una ulteriore carenza individuata presso l'ambito territoriale di Cefalù non precedentemente indicata per mero errore materiale;

RITENUTO di dover provvedere alla necessaria rettifica;

DECRETA

ART. 1 - Per quanto in premessa indicato e fermo restando quant'altro previsto dal D.D.S. n. 02114/10 del 27/08/10, gli ambiti carenti di Assistenza Primaria accertati alla data del 1° settembre 2009, risultano rettificati con l'integrazione, nel territorio dell'A. S. P. n. 6 di Palermo, di n. 1 posto nell'ambito territoriale di Cefalù.

ART. 2 - Fermo restando che rimangono valide le domande di partecipazione all'assegnazione delle zone carenti di assistenza primaria già presentate secondo le modalità ed i termini di cui al D.D.S. n. 02114/10 del 27/08/10, sono riaperti i termini di presentazione delle domande esclusivamente per la carenza relativa al posto di Cefalù nell'ambito dell'A. S. P. n. 6 di Palermo.

ART. 3 - I medici interessati, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto devono trasmettere, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda, secondo gli schemi allegati "A" e "A1" (reiscrizioni), "B" e "B1" (trasferimenti) o "C" e "C1" (assegnazione per graduatoria), all'Assessorato Regionale per la Salute – Dipartimento per la Pianificazione Strategica – Servizio 2° "Personale Convenzionato S.S.R." - Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 – Palermo.

Concorrono automaticamente all'assegnazione del precitato ambito carente, senza necessità di inviare ulteriore istanza, i medici che nella domanda di partecipazione agli incarichi carenti di cui al D.D.S. n. 02114/10 abbiano indicato di voler concorrere indistintamente a "tutti gli incarichi carenti".

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Palermo, 27 SET. 2010

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Giuseppe Noto)



[Handwritten signature of Giuseppe Noto]

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA
(ex art. 1 c.16 D.L. n. 324/93 convertito nella L.423/93)**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 2°
P.zza O.Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in servizio presso _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 39 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 29/07/09, di essere iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di **CEFALU'** dell'A.S.P. n. 6 di Palermo, individuato quale ambito carente alla data del 1° settembre 2009, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del _____, data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4 comma 7 della L.412/91.

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4 comma 7 L. 412/91
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere/essere stato in servizio, in qualità di _____ presso l'Azienda Sanitaria di _____ dal _____ al _____;
- b) di aver optato, ai sensi dell'art. 4 comma 7 L. 412/91, per il rapporto di lavoro dipendente con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata;
- c) che, al momento dell'opzione di cui all'art. 4 comma 7 della L.412/91, era titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina Generale (Assistenza Primaria), nell'ambito territoriale di _____ prov. _____ dal _____.
- d) di aver svolto attività di medico di assistenza primaria convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, compresa l'attività di medico generico ex enti mutualistici (ENPAS, INAM, ENPDEP, INADEL, Cassa marittima , Artigianato.....) dal _____ al _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

All' Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 2°
P.zza O.Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di assistenza primaria presso l' A.S.P. n. _____ di _____,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett.a) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di
medicina generale 29/07/09, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di assistenza
primaria individuato alla data del 1° settembre 2009, pubblicato sulla G.U.R.S n. _____
del _____:

Ambito **CEFALU'** A.S.P. n. 6 di Palermo

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per
concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. _____ di _____
ambito territoriale di _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione Siciliana pari a mesi _____ (1), e precisamente:
dal _____ al _____ presso _____;
dal _____ al _____ presso _____;
dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data _____

Firma (3) _____

- (1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.
- (2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

All' Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 2°
P.zza O.Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria unica regionale di
medicina generale della Regione Siciliana valida per l'anno 2009 con punti _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di
medicina generale 29/07/09, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di assistenza
primaria individuato alla data del 1° settembre 2009, pubblicato sulla G.U.R.S n. _____ del _____:

Ambito **CEFALU'** A.S.P. n. 6 di Palermo

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 comma 7 e 9 A.C.N. 29/07/09 di poter
accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al
D.L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 e 277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (all."C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato
dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria
valida per il 2009 (31/01/08);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

inserito nella graduatoria unica regionale di medicina generale della Regione Siciliana valida per l'anno 2009 con punti _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel territorio della Regione Siciliana dal _____;

b) di essere residente presso il Comune di _____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. ____ di _____ ambito territoriale di _____;
- 2) essere / non essere 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:
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'A.S.P. n. ____ di _____ ambito territoriale di _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni:
Provincia _____ branca _____ dal _____;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;
- 8) operare / non operare 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:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;
- 9) operare - non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;
- 10) svolgere - non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

- 11) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____;
- 12) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____;
- 13) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____ dal _____;
- 14) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
dal _____;
- 15) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____;
- 16) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____;
- 17) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Tipo di attività _____ dal _____;
- 18) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____;
- 19) fruire / non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:
soggetto erogatore dell'adeguamento _____ dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.