

**AZIENDE OSPEDALIERE
UNITÀ SANITARIE LOCALI**

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
TERNI**

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso di pubblicazione delle zone carenti di assistenza primaria e continuità assistenziale.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn. 4495/97, 1609/99 e negli artt. 34 e 63 del vigente ACN per la medicina generale, si pubblica di seguito l'elenco delle zone carenti di assistenza primaria e di continuità assistenziale, così come individuate dalle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, alla data dell'1 marzo 2014.

Azienda USLUmbria1 – Sede Provvisoria Perugia

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Assistenza Primaria	1	Distretto Alto Tevere ambito: distrettuale
Assistenza Primaria	1	Distretto Perugino ambito: CDS n.2
Assistenza Primaria	1	Distretto Perugino ambito: CDS n.4
Assistenza Primaria	1	Distretto Media Valle del Tevere ambito: Comuni di Todi e Collazzone
Continuità Assistenziale	1	Ambito aziendale

Azienda USLUmbria2 – Sede provvisoria Terni

	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Assistenza Primaria	1	Distretto di Terni ambito: Terni/Strocone (con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Terni)
Assistenza Primaria	1	Distretto di Foligno ambito: Comune di Montefalco
Continuità Assistenziale	4	Ambito aziendale

I medici attualmente titolari di incarico a tempo indeterminato nei settori di che trattasi potranno presentare istanza di partecipazione all'assegnazione delle carenze, **solo per trasferimento** e a condizione peraltro, che abbiano l'anzianità minima, di titolarità convenzionale a tempo indeterminato nel settore interessato, prevista dall'AA.CC.NN. di riferimento.

I medici aventi titolo al conferimento dell'incarico dovranno presentare, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, le domande (in regola con l'imposta di bollo) entro il 15° giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria. Farà fede il timbro dell'Ufficio postale di spedizione.

Le domande, utilizzate secondo i fac simili di seguito pubblicati, devono pervenire all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USLUmbria2 - piazza Dante Perilli c/o palazzina Micheli - 06049 Spoleto (PG).

Qualora il medico sia interessato a partecipare ad entrambi i settori (Assistenza primaria e continuità assistenziale), le domande dovranno essere inviate **separatamente**.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 33 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Informativa sul trattamento dei dati (art. 13 D.L.gs. n. 196 del 30 giugno 2003).

I dati personali dei candidati, il cui conferimento è obbligatorio agli effetti del presente avviso, saranno trattati con sistemi cartacei ed informatici sicuri, esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso e non saranno diffusi o divulgati a terzi, salvo le eventuali comunicazioni alla Regione Umbria per le finalità istituzionali correlate al presente avviso e salve le legittime richieste delle Autorità. Titolare del trattamento è l'Azienda USLUmbria2 nella

persona del direttore generale. Responsabile del trattamento è il dirigente del Servizio direzione amministrativa medicina convenzionata territoriale, specialistica dell'Azienda USLUmbria2.

Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs n. 196/2003 formulando specifica richiesta al responsabile al trattamento.

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici: 0743/210314 (Roberto Marandola), 075/8858239 (Alfredo Budelli), 0744/204880 (Francesco Lavecchia di Tocco), 075/8858237 (Marchetti Donatella).

Il direttore generale
SANDRO FRATINI

T/615 (A pagamento)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Marca da bollo
Euro 16,00

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
ASL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2014 al
numero _____ con punti _____;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2 lett.b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la Continuità
Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del

e segnatamente per i seguenti incarichi :

ASL n. _____ Ambito _____ ASL n. _____ Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art.16, comma 7 e 8 dello stesso Accordo
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 256/91 o 277/2003 (Art.16, comma 7 lett.a);
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b).

**Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del
28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto
convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Continuità Assistenziale.**

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 .

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.