

Serie Avvisi e Concorsi n. 17 - Martedì 26 aprile 2017

**C) CONCORSI****Amministrazione regionale****Comunicato regionale 11 aprile 2017 - n. 61**

Direzione generale Welfare - Pubblicazione ordinaria e straordinaria ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, di pediatria di famiglia e incarichi vacanti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale relativi al 2° semestre 2016

Ai sensi degli articoli 34 e 63, comma 1 e dell'articolo 92, comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e degli Accordi integrativi regionali vigenti, e ai sensi dell'articolo 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta e degli Accordi integrativi regionali vigenti, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria e Pediatria di Famiglia e gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria territoriale rilevati dalle Agenzie di Tutela della Salute e dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale nel 2° semestre 2016.

**A pena di esclusione**

Le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al BURL e corredate degli allegati L o I dovranno pervenire alle Agenzie di Tutela della Salute competenti per territorio e all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale e nei casi previsti alle sedi territoriali indicate a pena di inammissibilità entro e non oltre l'11 maggio 2017 con le seguenti modalità:

- domanda firmata digitalmente inviata a mezzo PEC all'indirizzo PEC dell'ATS o dell'ASST
- raccomandata R/R (non si terrà conto del timbro postale)
- consegna diretta all'ufficio indicato

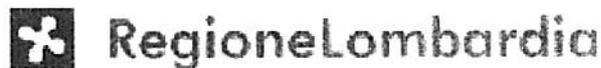
**Sommario**

- Ambiti Territoriali carenti di Assistenza Primaria
- Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia
- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale
- Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale
- Fac-simile domande e autocertificazione informativa allegati L e I
- Indirizzi ATS e ASST riferimenti telefonici

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it); / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti i fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Roberta Brenna

<b>Ore di incarichi vacanti nel servizio di emergenza sanitaria territoriale relative al 2° semestre 2016</b>	
<b>ASST DELLA LOMBARDIA</b>	<b>N. Ore Carenti</b>
ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	114



## Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Graduatoria)

**Bollo**  
**€ 16,00**

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale  
di...

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ consapevole  
delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ di essere 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 dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale  
**valida per l'anno 2017**, laureato dal \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

### FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

### DICHIARA

di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

di essere/non essere \* in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza (\*cancellare la voce non d'interesse).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_  
 La propria residenza  
 Il domicilio sotto indicato:  
 c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_

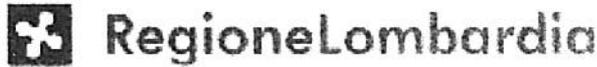
Data..... Firma per esteso .....

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

**La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 92 comma 5 dell'ACN per la medicina generale.**

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Trasferimento)

Bollo € 16,00

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di... ..

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ di essere 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'emergenza sanitaria territoriale presso l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di... \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 ( dichiarazione sostitutiva di certificazione)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso:

- la AO di \_\_\_\_\_ regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
• la AO di \_\_\_\_\_ regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
• con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_
 La propria residenza
 Il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Data..... Firma per esteso.....

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 33 comma 14.



## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

## Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009

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.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

## 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 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:  
 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 scrivere: 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:"

**Elenco indirizzi ATS E ASST della Lombardia per la presentazione delle domande**

ATS - ASST	INDIRIZZO	N. TELEFONO
ATS di Bergamo	Dipartimento Cure Primarie Unità Operativa Convenzioni Via Galliccioli, 4 24121 BERGAMO protocollo@pec.ats-bg.it	035 – 385043/385174
ATS Brescia	Dipartimento Cure Primarie Edificio 9 - Viale Duca degli Abruzzi, 15 25128 BRESCIA protocollo@pec.ats-brescia.it	030 – 3839244
ATS della Città Metropolitana di Milano	Dipartimento Cure Primarie Corso Italia , 19 20122 MILANO dipartimentocureprimarie@pec.ats- milano.it	sede territoriale ex ASL Milano 02/85782342 sede territoriale ex ASL Milano1 02/49510408 sede territoriale ex ASL Milano2 e Lodi 02/92654414
ATS della Brianza	Dipartimento delle Cure Primarie Viale Elvezia, 2 20900 Monza protocollo@pec.ats-brianza.it	039- 238.4850/4846/4883/4837  0341- 482280/482240/482716
ATS della Val Padana	Dipartimento Cure Primarie Via dei Toscani, 1 46100 MANTOVA protocollo@pec.ats-valpadana.it	0376 – 334545 548 / 562 / 547
	Dipartimento Cure Primarie Via San Sebastiano 14 26100 CREMONA protocollo@pec.ats-valpadana.it	0372 – 497407 /376 /368 / 393
ATS di Pavia	Dipartimento Cure Primarie Viale Indipendenza, 3 27100 PAVIA protocollo@pec.ats-pavia.it	0382 – 432324 0382 – 431245
ATS dell'Insubria	SEDE TERRITORIALE DI VARESE Via Ottorino Rossi, 9 21100 VARESE protocollo@pec.ats-insubria.it	0332 – 277439
	SEDE TERRITORIALE DI COMO Via Pessina , 6 22100 COMO protocollo@pec.ats-insubria.it	031 - 370969
ATS della Montagna	Dipartimento Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO protocollo@pec.ats-montagna.it	0342 – 555868
ASST Valtellina e Alto Lario	Via Stelvio, 25 23100 Sondrio per domande MET aziendaospedaliera@pec.aovv.it	0342-521111/0342-521544  521133