

COMUNICATI

Comunicato dell'Assessorato alla Sanità

Ore settimanali vacanti per incarichi nella continuità' assistenziale

Con nota prot. n. 16452/29.3 del 15.10.2001, veniva richiesta alle Aziende sanitarie Locali la rilevazione delle ore settimanali resesi vacanti nel Servizio Aziendale di Continuità' Assistenziale (ex Guardia Medica), ai fini della pubblicazione sul B.U.R.P., ai sensi e per gli effetti dell'art. 49, comma 1, D.P.R. n. 270/00 "Regolamento di esecuzione dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", in regime di prorogatio legis.

La presente Comunicazione delle ore settimanali resesi vacanti nell'ambito del Servizio Aziendale di Continuità' Assistenziale (ex Guardia medica) segue la pubblicazione sul B.U.R.P. n. 52 del 27.12.2001 della Graduatoria Unica Regionale definitiva dei medici di medicina generale, valida per l'anno 2002.

In conformita' alle indicazioni di cui al comma 17, art. 49, D.P.R. n. 270/00 ed alla Circolare Regionale del 25.01.2001, prot. n. 1419/29.3, i medici

interessati al conferimento degli incarichi nella Continuità' Assistenziale potranno presentare alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio, che hanno disponibili le ore settimanali vacanti, domanda in bollo, entro 30 gg. dalla data di pubblicazione del presente Comunicato sul B.U.R.P. (per le domande presentate a mezzo posta, fa fede la data del timbro postale di partenza).

Secondo le modalita' del succitato art. 49, previo quanto stabilito dal comma 2, lettera a), possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti nel Servizio Aziendale di Continuità' Assistenziale (ex Guardia Medica), ai sensi della successiva lettera b), i medici inclusi nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di medicina generale, vigente alla data di scadenza della presentazione delle domande.

Il conferimento degli incarichi vacanti nel Servizio Aziendale di Continuità' Assistenziale (ex Guardia Medica) avviene infine con l'osservanza della Norma Finale n. 5, D.P.R. n. 270/00.

Il presente Comunicato costituisce notificazione ufficiale ai medici interessati, alle AA.SS.LL., alle OO.SS. di categoria ed alle rappresentanze ordinistiche.

Il Responsabile del Settore
Assistenza Ospedaliera e Territoriale
Daniela Nizza

Allegato

	ORE SETTIMANALI VACANTI
Servizio Aziendale di Continuità' Assistenziale (ex Guardia Medica)	
1 - TORINO	4 5 6
5 - COLLEGNO	7 5 8
6 - CIRIE'	3 6 8
7 - CHIVASSO	4 3 8
8 - CHIERI	4 4 8
9 - IVREA	4 2 4
10 - PINEROLO	4 5 4
11 - VERCELLI	4 0 8
12 - BIELLA	5 8 8
13 - NOVARA	5 7 6
14 - OMEGNA	6 3 4
15 - CUNEO	5 0 4
16 - MONDOVI'	2 2 8
17 - SAVIGLIANO	4 1 4
18 - ALBA	4 8 6
19 - ASTI	3 5 0
20 - ALESSANDRIA	3 4 8
21 - CASALE MONFERRATO	2 3 4
22 - NOVI LIGURE	2 8 2

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO AZIENDALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia Medica)

(art. 49, comma 17, D.P.R. n. 270/00 e Circolare Regionale, prot. n. 1419/29.3 del 25.01.2001)

(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale n.....

Il sottoscritto dott..... nato il residente a
.....Prov. dal.....telef.
via.....n.

chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarita' nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base delle ore vacanti (pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n.del)

A tal fine dichiara:

- di essere titolare di incarico nella Continuita' Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale n. di dal
- di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale n. di Regione..... dal.....
- di essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale vigente per la Medicina Generale valida per l'anno al n.con punti
- di aver/non aver (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:

A.S.L. n. ... di

A.S.L. n. di... ecc. ecc.

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....
- dichiara di avere/non avere (1) la residenza in un comune appartenente a codesta Azienda Sanitaria Locale fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico
- dichiara di avere/non avere (1) la residenza nell'ambito della Regione fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico
- dichiara di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale / Titolo equipollente (1), come previsto dai DD.LL.vi n.256/91 e n. 368/99
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 e 49, comma 4 del D.P.R. n. 270/00, dichiara di svolgere/non svolgere (1) altre attività' alla data odierna

A) in qualità di medico dipendente presso.....tipo di lavoro: di ruolo/precario(1)

B) con rapporto libero-professionale presso.....per numero ore settimanali..... con qualifica.....

C) altre attività (2)

Il sottoscritto si impegna a far cessare l'attività sopra dichiarata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità ai sensi dell'art. 4, DPR 270/00 e dichiara fin d'ora, ai fini dell'espletamento dell'attività professionale conseguente all'assegnazione di eventuale incarico, di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. ex D.P.R. n. 270/00 e dichiara formalmente sotto la propria personale responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.

In fede

Data.....

.....

(firma per esteso)

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Specialista Ambulatoriale convenzionato interno/ Specialista acc. esterno- Medico addetto alla ex Medicina dei Servizi (All N , D.P.R. n. 270/00) - Medico addetto alle Attività Territoriali Programmate di cui all'art. 60 e segg. D.P.R. n. 270/00 - Medico addetto all'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso A.S.L.n.....per n. ore settimanali.....
Medico operante in Case di Cura, Istituzioni e/o Stabilimenti convenzionati /accreditati ecc.(specificare impegno orario settimanale),
Medico di Assistenza Primaria e/o Pediatra di libera scelta, convenzionato con A.S.L.n..... di.....scelte n.....
ecc. ecc. ecc. (così' come specificato art. 4, D.P.R. n. 270/00).