

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte

**N. 1 Carenza straordinaria pediatrica in ASL CN2**

La presente pubblicazione della carenza straordinaria pediatrica determinatasi nell'ASL CN2, in particolare nell'ambito territoriale afferente il Distretto di Alba, comprendente i comuni di Cortemilia, Bergolo, Bosia, Castelletto Uzzone, Castino, Gorzegno, Levice, Perletto, Pezzolo Valle Uzzone, S. Giorgio Scarampi, Torre Bormida, Bossolasco, Albaretto Torre, Arguello, Cerretto Langhe, Cissone, Cravanzana, Feisoglio, Niella Belbo, San Benedetto Belbo, Serravalle Langhe, Neive, Barbaresco, Camo, Mango, Neviglie, Treiso, Trezzo Tinella, S. Stefano Belbo, Castiglione Tinella, Cossano Belbo Rocchetta Belbo, viene effettuata ai sensi dell'art. 8, comma 5, degli Accordi Regionali per la Pediatria di Libera Scelta vigenti, a seguito di specifica richiesta dell'Azienda Sanitaria interessata e della successiva approvazione della stessa da parte del competente Comitato Regionale ex art.24 ACN del 15/12/05 in Prorogatio Legis, previa verifica dei requisiti tecnici previsti dalla sopra citata disposizione normativa regionale.

Visto il carattere di particolare gravità e di urgenza determinatosi pertanto nell'ambito territoriale della suddetta ASL, i medici pediatri interessati al conferimento di tale incarico dovranno presentare direttamente all'Azienda Sanitaria competente apposita domanda, *entro 10 giorni* dalla presente pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, mediante compilazione dell'allegata modulistica e secondo le modalità previste per le carenze ordinarie.

Si evidenzia che il pediatra cui verrà conferito incarico definitivo *dovrà assicurare l'assistenza ambulatoriale nei Comuni di Cortemila e Santo Stefano Belbo.*

Si precisa inoltre che, ai fini dell'assegnazione della carenza straordinaria, saranno altresì applicabili i criteri dettati nell'ultimo capoverso dell'art.33, comma 2, lett.a) dell'ACN del 29/7/09 in materia di trasferimenti.

Il Dirigente del Settore  
Assistenza Sanitaria Territoriale  
Daniela Nizza

SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO  
**PER LE CARENZE STRAORDINARIE PEDIATRICHE**  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
REGIONE PIEMONTE N. .... di .....

Il sottoscritto dott/dott.ssa .....  
nato a ..... prov..... il ..... M F  
codice fiscale ..... residente a .....  
prov..... via..... CAP ..... tel.....  
a far data dal..... A.S.L. di residenza ..... e residente nel territorio della Regione  
Piemonte dal ..... inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'articolo 15  
dell'ACN del 29/7/09.

**FA DOMANDA DI INSERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale di cui alla CARENZA STRAORDINARIA pubblicata sul Bollettino Ufficiale  
della Regione Piemonte n..... del ....., secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 5, degli  
Accordi Regionali per la Pediatria di Libera Scelta vigenti e dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo  
Collettivo Nazionale per i medici specialisti pediatri di libera scelta del 29/7/09.

.....  
..... (indicare i Comuni compresi nell'ambito territoriale)

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta valida per l'anno  
...../..... pubblicata sul B.U.R.P. n ..... del ..... con punteggio .....

indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza  
il domicilio sotto indicato

C/O ..... Comune ..... Cap ..... Prov.....  
Indirizzo .....

Allega alla presente certificato storico di residenza e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio,  
Allegati 1) e 2) come da fax-simile valide per le procedure richieste per le zone carenti ordinarie ed operative.

Data

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
PER LE CARENZE STRAORDINARIE PEDIATRICHE**  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
REGIONE PIEMONTE N ..... di .....

Il sottoscritto dott.....  
nato a ..... prov..... il ..... M F  
codice fiscale ..... residente a .....  
prov..... via..... CAP ..... tel.....  
a far data dal ..... é residente nel territorio della Regione Piemonte dal .....  
titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria  
Locale n..... della Regione Piemonte dal ..... e con anzianità complessiva di medico specialista  
pediatra convenzionato pari a mesi.....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale di cui alla CARENZA STRAORDINARIA pubblicata sul Bollettino Ufficiale  
della Regione Piemonte n..... del ....., secondo quanto previsto dall'art.8, comma 5; degli  
Accordi Regionali per la Pediatria di Libera Scelta e dall'articolo 33, comma 3, lettera a) dell'Accordo Collettivo  
Nazionale per i medici specialisti pediatri di libera scelta del 29/7/2009.

.....  
.....  
.....(indicare i Comuni compresi nell'ambito territoriale)

indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....  
A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....  
A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....  
A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....  
A.S.L. n..... di ..... ambito territoriali di .....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza  
il domicilio sotto indicato

C/O ..... Comune ..... Cap ..... Prov.....  
Indirizzo .....

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a  
comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.33, comma 2, lettera a) dell'ACN vigente e la dichiarazione  
dell'A.S.L. competente che attesti l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n.....

Data

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_