

Comunicato dell'Assessorato Tutela della salute e sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte

**N. 1 carenza straordinaria pediatrica nell'ASL TO3.**

La presente pubblicazione della carenza straordinaria pediatrica determinatasi nell'ASL TO3, in particolare nell'ambito territoriale comprendente i comuni di Collegno, Grugliasco viene effettuata ai sensi dell'art. 33 dell'A.C.N. del 29/7/09 e 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 A.C.N. , in deroga alle scadenze temporali prestabilite.

Essa costituisce anche notificazione ufficiale agli interessati ed alle Aziende Sanitarie Locali.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti:

a)I Pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei Pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Piemonte, a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

a1) I Pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

b) I Pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2011 pubblicata sul B.U.R.P. n. 50 del 16 dicembre 2010.

I Pediatri interessati al conferimento dell'incarico nella zona carente citata dovranno presentare direttamente all'ASL TO3 – al Direttore del S.C. Servizio Territoriale di Continuità delle Cure dr. Silvio VENUTI Via Martiri XXX Aprile, 30, 10093 Collegno TO, apposita domanda in bollo, che dovrà essere spedita esclusivamente a mezzo raccomandata A.R., secondo lo schema allegato, entro 15 giorni (fa fede il timbro postale di partenza) dalla presente pubblicazione.

Si precisa inoltre che, ai fini dell'assegnazione della carenza straordinaria , saranno altresì applicabili i criteri e le priorità stabiliti dall'art. 33, comma 6 dell'A.C.N. 29/7/2009.

Il Dirigente del Settore  
Assistenza Sanitaria Territoriale  
Daniela Nizza

Allegato

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

Al Direttore  
del S.C. Servizio Territoriale di  
Continuità delle Cure  
dell'A.S.L. TO3  
Dr.Silvio VENUTI  
Via Martiri XXX Aprile, 30  
10093 – COLLENO TO

Il sottoscritto dott..... 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'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di  
libera scelta.

**FA DOMANDA DI INSERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione  
Piemonte n. .... del....., secondo quanto previsto dall'articolo 33 comma 2,  
lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti  
pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009 e dall'art. 8, comma 5 degli Accordi Regionali per  
la Pediatria di libera scelta.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri valida per l'anno 2011,  
pubblicata sul B.U.R.P. n. 50 del 16 dicembre 2010 con punteggio ....

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.

Allegati n. ....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA  
DEI MEDICI CONVENZIONATI PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE  
(la domanda \_deve essere presentata in bollo)**

Al Direttore  
del S.C. Servizio Territoriale di  
Continuità delle Cure  
dell'A.S.L. TO3  
Dr. Silvio VENUTI  
Via Martiri XXX Aprile, 30  
10093 – COLLENO TO

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

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. .... del..... secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a1) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009 e dall'art. 8,c.5 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

.....  
.....  
.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera a1) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Pro.....

indirizzo .....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO**  
**NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA**  
**DEI MEDICI CONVENZIONATI NELL'AMBITO DELLA REGIONE PIEMONTE**  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore  
del S.C. Servizio Territoriale di  
Continuità delle Cure  
dell'A.S.L. TO3  
Dr. Silvio VENUTI  
Via Martiri XXX Aprile, 30  
10093 – COLLENO TO

Il sottoscritto dott.....  
nato a .....  
prov. ....il..... M  F  codice fiscale.....  
Residente a .....Prov. .... via .....  
CAP ..... tel..... a far data dal ..... è 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 carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della  
Regione Piemonte n. .... del ..... secondo quanto previsto dall'articolo 33,  
comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
medici specialisti pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009 e dall'art. 8, c. 5 degli  
Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

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

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva  
di atto notorio, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2,  
lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici  
specialisti pediatri di libera scelta e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti  
l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Pro.....

indirizzo .....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_