

Comunicato dell'Assessorato alla Tutela della salute e Sanità, Edilizia sanitaria e A.R.E.S.S., Politiche sociali della Regione Piemonte

N. 1 Carenza straordinaria pediatrica nell'ASL NO.

La presente pubblicazione della carenza straordinaria pediatrica determinatasi nell'ASL NO, in particolare nell'ambito territoriale comprendente i comuni di Trecate, Cerano, Sozzago, con obbligo di apertura nel Comune di Cerano, 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 2012 pubblicata sul B.U.R.P. n. 47 del 24 novembre 2011.

I Pediatri interessati al conferimento dell'incarico nella zona carente citata dovranno presentare direttamente all'ASL NO – S.S. Cure Primarie e specialistiche, Via Dei Mille, 2 28100 Novara, 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)**

S. S. Cure Primarie Specialistiche
dell'A.S.L. NO
Via Dei Mille, 2
28100 NOVARA

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 2012,
pubblicata sul B.U.R.P. n. 47 del 24 novembre 2011 con punteggio

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/oComune

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)

S. S. Cure Primarie Specialistiche
dell'A.S.L. NO
Via Dei Mille, 2
28100 NOVARA

Il sottoscritto dott.....
nato a
prov.il..... M F codice fiscale.....
Residente aProv. 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)

S. S. Cure Primarie Specialistiche
dell'A.S.L. NO
Via Dei Mille, 2
28100 NOVARA

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
