

Comunicato dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte  
**N. 1 carenza straordinaria pediatrica in ASL TO4.**

La presente pubblicazione della carenza straordinaria pediatrica determinatasi nell'ASL TO4, in particolare nell'ambito territoriale comprendente i comuni di Agliè, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Cintano, Colletterto Castelnuovo, Torre, 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 2010 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 50 del 17 dicembre 2009.

I Pediatri interessati al conferimento dell'incarico nella zona carente citata dovranno presentare direttamente all'ASL TO4 – Servizio Amministrativo Territoriale – Via Aldisio, 2 - 10015 Ivrea, 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

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

All'A.S.L. TO4  
Servizio Amministrativo Territoriale  
Via Aldisio, 2  
10015 - Ivrea

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 2010, pubblicata sul B.U.R.P. n. 50 del 17 dicembre 2009 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, dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato 1) e Allegato 2).

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)**

All'A.S.L. TO4  
Servizio Amministrativo Territoriale  
Via Aldisio, 2  
10015 - IVREA

Il sottoscritto dott. ....  
nato a .....  
prov. .... il ..... M  F  codice fiscale .....  
Residente a ..... Prov. .... via .....  
CAP ..... tel..... a far data dal ..... è residente nel ter-  
ritorio 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 com-  
plessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Pie-  
monte 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 li-  
bera scelta

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

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto no-  
torio 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 li-  
bera 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)**

All'A.S.L. TO4  
Servizio Amministrativo Territoriale  
Via Aldisio, 2  
10015 - IVREA

Il sottoscritto dott. ....  
nato a .....  
prov. .... il ..... M  F  codice fiscale .....  
Residente a ..... Prov. .... via .....  
CAP ..... tel. .... a far data dal ..... è residente nel ter-  
ritorio della Regione Piemonte dal ..... titolare di incarico a tempo indeterminato  
per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n. .... della Regio-  
ne 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 Pie-  
monte 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 li-  
bera scelta

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

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto no-  
torio, 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 li-  
bera 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_