

Comunicato dell'Assessorato regionale alla Sanità

**Ore settimanali vacanti per incarichi nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (118).**

Con nota, prot. n. 12160/DB20.06 del 16.4.2010, veniva richiesta alle AA.SS.RR. la rilevazione delle ore settimanali, resesi vacanti nei Servizi aziendali di Emergenza Sanitaria Territoriale (118), ai fini della pubblicazione sul B.U.R.P., in applicazione dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, sancito con l'Intesa del 29.7.2009.

Pertanto, alla luce del vigente A.C.N., della D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 ( Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006: allegato 2), della D.G.R. n. 41-9367 del 1° agosto 2008 (Accordo Regionale per il personale medico inserito nei servizi di emergenza-urgenza sanitaria 118) e della Circolare Regionale, n. 34241/DA.20.06 del 22.10.2008 (definizione sedi di lavoro) e s.m. e i., la presente pubblicazione delle ore settimanali vacanti, per incarichi nei Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale (118), viene effettuata sulla base del disposto di cui al Capo V°, artt. 92 e segg. dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Si precisa inoltre che, ai sensi e per gli effetti della succitata DGR n. 41-9367 del 1° agosto 2008 e della Circolare Regionale n. 34241/DA 20.06 del 22.10.2008, le ore settimanali vacanti nel servizio aziendale E.S.T. 118 vengono pubblicate per singole sedi aziendali di lavoro.

I medici inseriti nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva, suddivisa in quattro aree (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi Territoriali ed E.S.T. 118), valida per l'anno 2010 (Suppl. al B.U.R.P. n° 52 del 31/12/2009), in base alle succitate disposizioni e in conformità alle indicazioni di cui all' art. 92 e al "Protocollo Integrativo di Intesa" del 12.6.2002, possono presentare alle Aziende Sanitarie Regionali, competenti per territorio e che hanno disponibili le ore settimanali vacanti, apposita domanda in bollo entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Comunicato sul B.U.R.P. (per le domande inoltrate a mezzo posta fa fede il timbro postale).

Il presente Comunicato costituisce notificazione ufficiale agli interessati, alle AA.SS.RR., alle OO.SS. di categoria e alle rappresentanze ordinistiche.

Il Responsabile del Settore  
Assistenza Ospedaliera e Territoriale  
Daniela Nizza

Allegato

| <b>AZIENDE SANITARIE REGIONALI</b>                      | <b>SEDE</b>     | <b>POSTAZIONI PER SEDE</b> | <b>ORE VACANTI SETTIMANALI</b> |
|---|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| <b>Servizio di Emergenza sanitaria territoriale 118</b> |                 |                            |                                |
| <b>ASO CTO/M.ADELAIDE</b>                               | SEDE 1          | MSA PRAGELATO              | 76                             |
|   |                 | MSA PINEROLO               |                                |
|   | SEDE 2          | MSA SETTIMO                | 38                             |
|   |                 | MSA CHIVASSO               |                                |
|   | SEDE 3          | MSA CALUSO                 | 38                             |
|   |                 | MSA IVREA                  |                                |
|   | SEDE 4          | MSA SUSÀ                   | 38                             |
|   |                 | MSA ULZIO                  |                                |
|   | SEDE 5          | MSA COURGNÉ'               | 38                             |
|   |                 | MSA LANZO                  |                                |
| SEDE 6  | MSA GIAVENO     | 0                          |                                |
|   | MSA AVIGLIANA   |                            |                                |
| SEDE 7  | MSA CHIERI      | 0                          |                                |
|   | MSA CARMAGNOLA  |                            |                                |
| SEDE 8  | MSA M. VITTORIA | 38                         |                                |
|   | MSA MARTINI     |                            |                                |
| SEDE 9  | MSA G. BOSCO    | 38                         |                                |
|   | MSA C.VERDE     |                            |                                |
| SEDE 10   | MSA CTO         | 0                          |                                |
|   | MSA MOLINETTE   |                            |                                |
| <b>ASL VERCELLI</b>                                     | SEDE 1          | MSA VERCELLI               | 38                             |
|   |                 | MSA SANTHIA'               |                                |
|   | SEDE 2          | MSA BORGOSÉSIA             | 38                             |
|   |                 | MSA VARALLO                |                                |
| <b>ASL BIELLA</b>                                       | SEDE 1          | MSA BIELLA                 | 76                             |
|   |                 | MSA CAVAGLIA'              |                                |
|   | SEDE 2          | MSA COSSATO                | 76                             |
| MSA TRIVERO   |                 |                            |                                |
| <b>ASL V.C.O</b>  | SEDE 1          | MSA VERBANIA               | 0                              |
|   |                 | MSA OMEGNA                 |                                |
|   |                 | MSA DOMODOSSOLA            |                                |
| <b>ASL CUNEO</b>  | SEDE 1          | MSA MONDOVÌ                | 76                             |
|   |                 | MSA DOGLIANI               |                                |
|   | SEDE 2          | MSA CEVA                   | 76                             |
|   |                 | MSA GARESSIO               |                                |
|   | SEDE 3          | MSA ALBA                   | 76                             |
| MSA BRA'  |                 |                            |                                |

|                        |        |                     |     |
|------------------------|--------|---------------------|-----|
|                        | SEDE 4 | MSA BORGO S.D       | 38  |
|                        |        | MSA DRONERO         |     |
|                        | SEDE 5 | MSA CUNEO           | 38  |
|                        |        | MSA FOSSANO         |     |
|                        | SEDE 6 | MSA SAVIGLIANO      | 38  |
|                        |        | MSA PAESANA         |     |
|                        | SEDE 7 | MSA SALUZZO         | 38  |
| MSA SANPEYRE           |        |                     |     |
| <b>ASL ASTI</b>        | SEDE 1 | MSA ASTI            | 76  |
|                        |        | MSA MOCALVO -H24    |     |
|                        | SEDE 2 | MSA NIZZA M.TO      | 0   |
|                        |        | MSA VILLAFRANCA     |     |
| <b>ASO NOVARA</b>      | SEDE 1 | MSA NOVARA          | 0   |
|                        |        | MSA GALLIATE        |     |
|                        | SEDE 2 | MSA BORGOMANERO     | 0   |
|                        |        | MSA ARONA           |     |
| <b>ASO ALESSANDRIA</b> | SEDE 1 | MSA ALESSANDRIA     | 38  |
|                        |        | MSA VALENZA         |     |
|                        | SEDE 2 | MSA CASALE M.TO     | 190 |
|                        |        | MSA TRINO V.SE H-24 |     |
|                        | SEDE 3 | MSA TORTONA         | 38  |
|                        |        | MSA NOVILIGURE      |     |
|                        | SEDE 4 | MSA ACQUI TERME     | 38  |
|                        |        | MSA OVADA           |     |

**Schema informale esemplificativo di domanda per il conferimento di incarico a T.I. nell'ambito del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)**

(Rif. art. 92 del vigente A.C.N., "Protocollo Integrativo d'Intesa" del 12.6.2002,  
DGR n. 41-9367/08 e Circ. Reg., prot. n. 34241/D.A.20.06 del 22.10.2008)  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore Generale  
dell'A.S.R. ....

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

Chiede

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 92 del vigente A.C.N., sancito con l'Intesa del 29.7.2009,  
di concorrere al conferimento dell'incarico per il Servizio nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso  
codesta A.S.R., sulla base delle ore vacanti, pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n.  
.....del .....

A tal fine dichiara(1):

- 1)- di essere inserito nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva – Area E.S.T. 118 - valida per l'anno....., al n. .... con punti.....;
- 2)- di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) a tempo indeterminato presso l'A.S.R. .... di ..... dal.....;
- 3)- di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) a T.I. presso l'A.S.L./A.S.O. .... di ..... Regione..... dal.....;
- 4)- di essere in possesso dell'Attestato di idoneità ex art. 66, D.P.R. n. 270/00 e art. 96 del vigente A.C.N., di cui si allega copia;
- 5)- di essere titolare di incarico a T.D. nell'Emergenza Sanitaria Territoriale per la durata di .....
- 6)- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'A.S.L. .... di ..... , dal ....., per n ..... ore settimanali;
- 7)- di indicare le eventuali altre AA.SS.RR. presso le quali ha presentato analoga domanda:  
A.S.R. .... di ..... ecc. ecc., ecc.;
- 8)- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... voto di Laurea .....
- 9)- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....
- 10)- di avere/non avere(2) la residenza nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
- 12)- di essere in possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale/titolo equipollente(2), come previsto dai DD.LL.vi n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/03.

Il sottoscritto si impegna a far cessare l'attività sopra dichiarata, qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità ai fini dell'espletamento dell'attività professionale, conseguente all'assegnazione di eventuale incarico e dichiara fin d'ora di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dal vigente A.C.N.. Dichiaro infine formalmente sotto la propria personale responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.

In fede

Data .....  
.....  
(firma per esteso)

- (1) elencare solo i punti che interessano, in conformità al vigente A.C.N..
- (2) cancellare le voci che non interessano.