

Comunicato dell'Assessorato alla Tutela della salute e sanità, edilizia sanitaria e A.R.E.S.S., politiche sociali e politiche per la famiglia.

**Carenza operativa pediatrica ASL AT.**

La presente pubblicazione dell'elenco della carenza operativa pediatrica dell'ASL AT viene effettuata ai sensi dell'art. 33 comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009 e dell'art. 8, comma 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta, in deroga alle scadenze previste dall'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

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. La data cui fare riferimento per il calcolo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati è quella posseduta alla data di pubblicazione dell'elenco della zona carente.

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.

L'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati è quella posseduta alla data di pubblicazione dell'elenco della zona carente.

b) I Pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2012 pubblicata sul B.U.R.P. n. 47 del 24 novembre 2011.

Si richiama, pertanto, l'attenzione dei pediatri interessati sul fatto che l'essere convenzionato per la pediatria di libera scelta, alla data di presentazione della presente domanda non consente di partecipare alla procedura di assegnazione delle carenze per graduatoria, poiché, il vigente ACN all'art. 15, comma 11 dispone che i pediatri già convenzionati possano concorrere all'assegnazione di una nuova zona carente solo per trasferimento.

I Pediatri interessati al conferimento degli incarichi nelle zone carenti citate dovranno presentare all'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria e A.R.E.S.S., Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia della Regione Piemonte - Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali – Ufficio zone carenti - Corso Regina Margherita 153 bis - 10122 Torino, apposita domanda in bollo, che dovrà essere spedita a mezzo raccomandata A.R., entro 15 giorni (fa fede il timbro postale di partenza) dalla presente pubblicazione.

Le istanze possono essere inviate anche tramite Posta Elettronica Certificata, nel rispetto dell'art. 65, comma 1, del decreto legislativo n. 82 del 2005, al seguente indirizzo di posta:

[sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

e debbono essere inderogabilmente "strutturate" nel modo seguente:

- esclusivamente file in formato *.pdf*, *.txt*, *.tiff*, *.tif*, *.xml*.
- file aventi singolarmente una dimensione non superiore ai 2MB

- sottoscrizione con firma digitale (art. 21 D.lgs. n. 82/2005) e alle seguenti condizioni:
  - che le firme si riferiscano a file nei formati sopra indicati;
  - che le firme e le marche temporali siano embedded e non detached (il file firmato e la firma devono essere contenuti in un'unica busta-file);
  - che le firme siano valide al momento della ricezione.

Il pagamento dell'imposta di bollo deve essere effettuato con le modalità previste per i documenti informatici, prescritte dal decreto del Ministero dell'Economia e Finanze 23 gennaio 2004.

Si precisa che i Pediatri di cui al punto a) e punto a1) dovranno allegare autocertificazione che attesti l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico.

I Pediatri di cui al punto b) dovranno compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa al possesso della residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale dei pediatri di libera scelta, nella località carente per l'attribuzione di punti 6 e nell'ambito della Regione Piemonte per l'attribuzione di punti 10, così come previsto dal comma 3, dell'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta. Si precisa che tale requisito deve essere mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

I pediatri di cui al punto a), a1) e b) dovranno inoltre allegare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e l'atto sostitutivo di notorietà attestante se alla data di presentazione della domanda siano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamento di pensione o eventuali posizioni di incompatibilità.

La mancata presentazione dell'allegato 1) comporta l'impossibilità di attribuire l'eventuale punteggio spettante per la residenza sia nella Regione Piemonte che nell'ambito territoriale dichiarato carente.

La mancata autorizzazione al trattamento dei dati personali comporta l'impossibilità di inserimento nella graduatoria delle zone carenti per l'assistenza pediatrica.

Gli incarichi saranno assegnati secondo le priorità stabilite dall'art. 33, comma 6, dell'A.C.N. 29/7/2009.

Il Dirigente del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali  
Daniela Nizza

Allegato

**CARENZA OPERATIVA ASL AT - 2012**

<b>A.S.L.</b>	<b>UNITA' ELEMENTARE CARENTE</b>	<b>N. POSTI CARENTI</b>	<b>Comuni sedi di apertura dell'ambulatorio</b>
A.S.L. AT	ANTIGNANO, CELLE ENOMONDO, CISTERNA D'ASTI, FERRERE, REVIGLIASCO D'ASTI, SAN DAMIANO, SAN MARTINO ALFIERI, TIGLIOLE	1	SAN DAMIANO

**SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
PER LE CARENZE OPERATIVE PEDIATRICHE**

(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,  
Edilizia Sanitaria e A.r.e.s.s., Politiche sociali e  
Politiche per la famiglia  
Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari  
Ospedalieri e Territoriali - Ufficio Zone Carenti  
Corso Regina Margherita 153 bis  
10122 TORINO

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....., ai sensi dell'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta  
e dell'art. 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
medici pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009.

.....  
.....  
.....  
(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/o ..... Comune ..... CAP..... Prov.....  
indirizzo.....

Allega alla presente 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'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,  
Edilizia Sanitaria e A.r.e.s.s., Politiche sociali e  
Politiche per la famiglia  
Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari  
Ospedalieri e Territoriali - Ufficio Zone Carenti  
Corso Regina Margherita 153 bis  
10122 TORINO

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. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Allega alla presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio atto 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, autocertificazione che attesti l'anzianità complessiva di incarico  
come pediatra convenzionato e l'allegato 2.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o ..... Comune ..... CAP ..... Prov. ....

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'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,  
Edilizia Sanitaria e A.r.e.s.s., Politiche sociali e  
Politiche per la famiglia  
Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari  
Ospedalieri e Territoriali - Ufficio Zone Carenti  
Corso Regina Margherita 153 bis  
10122 TORINO

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. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

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

Allega alla presente 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, autocertificazione che attesti l'anzianità complessiva di incarico  
come pediatra convenzionato e l'allegato 2.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o ..... Comune ..... CAP ..... Prov.....  
indirizzo .....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
**(Art. 46 D.P.R. 445/2000)**

**Il/La sottoscritto/a**

**cognome.....nome.....**

**nato/a a.....(prov.....) il.....**

**residente in.....(prov.....)**

**a far data dal.....**

**via/corso.....n° .....**

**precedentemente residente nel Comune di.....(prov.....)**

**dal.....al.....**

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità  
in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.**

**dichiara:**

**di essere residente nella Regione Piemonte dal.....**

**Letto, confermato e sottoscritto**

**Luogo e data .....**

**firma del dichiarante .....**

*firma per esteso e leggibile*

## **ALLEGATO 2)**

### **Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria delle zone carenti di Assistenza Specialistica Pediatrica e carenze operative;

Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;

L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Regionale.

**NON SI AUTORIZZA**

**FIRMA** .....  
**(leggibile)**

**SI AUTORIZZA**

**FIRMA** .....  
**(leggibile)**

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)  
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio  
1968, n. 15, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

dichiara formalmente di

1) – essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) - essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in vigore dal 29/7/2009, con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_

3) - Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009, scelta con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte. Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) - Essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ A.S.L.

\_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5) - essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

(2) Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) - avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

A.S.L. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di

attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) - essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

In forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) - essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91 e corrispondenti norme di cui al D. L.vo n. 369/98:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

9) - operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) - operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) - svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) - svolgere /non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) - avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) - essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) - fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) - svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) - essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) - operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione:

(2) \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) - fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**NOTE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data \_\_\_\_\_

In fede  
Firma \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

(La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000).

PER RENDERE VALIDA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E' SUFFICIENTE ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'.