

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. La domanda di partecipazione, redatta su carta semplice, come da modelli allegati, deve essere presentata in un unico plico per tutte le annualità e per entrambe le tipologie di incarichi mediante raccomandata con avviso di ricevimento a:

REGIONE CAMPANIA
A.G.C. Assistenza Sanitaria
Settore 01 Prevenzione, Igiene e Assistenza Sanitaria
Servizio 02 Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

entro e non oltre i trenta giorni successivi a quello di pubblicazione del presente Bando sul B.U.R.C. Il termine di presentazione, qualora scada in giorno festivo, si intende protratto al primo giorno seguente non festivo. Sull'esterno della busta deve essere apposta la seguente dicitura: "Contiene n. _____ domande di partecipazione assegnazione carenze 2009-2010".

2. La domanda di partecipazione, deve essere firmata in calce dal candidato e ad essa deve essere allegata la fotocopia del documento in corso di validità.
3. Le domande saranno considerate inviate nei termini se spedite entro la data di scadenza indicata al punto 1). La data di spedizione delle domande è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante.
4. L'Amministrazione non assume responsabilità per la disfunzione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo, del domicilio o del recapito indicati nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per la mancata restituzione dell'avviso di ricevimento della raccomandata.
5. Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente provvedimento.

Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per trasferimento sono tenuti a dichiarare nella domanda – ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 – l'anzianità di incarico **maturata entro la data di pubblicazione sul B.U.R.C. del presente decreto**. Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per conferimento sono tenuti ad allegare alla domanda, ai fini dell'attribuzione del punteggio di cui alla norma finale 2 dell'A.C.N. vigente, copia dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e, per l'attribuzione del punteggio di cui agli artt.34 comma 3 e 63 comma 4 dell'A.C.N., devono dichiarare la residenza storica.

A pena di inammissibilità della domanda, gli aspiranti dovranno dichiarare:

- **Di non essere già titolari per l'incarico per il quale intendono concorrere all'atto della presentazione delle domande;**
- **La riserva percentuale alla quale gli aspiranti intendono concorrere, secondo quanto stabilito dall'art. 16 comma 7 lettere a) e b) dell'A.C.N. vigente.**

L'Amministrazione si riserva in ogni momento di verificare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni e di procedere all'esclusione dei candidati dalle procedure di assegnazione per difetto dei requisiti prescritti.

Eventuali dichiarazioni difformi dalle certificazioni di servizio, che dovranno essere consegnate alle AA.SS.LL. all'atto del conferimento dell'incarico, determineranno l'immediata revoca dello stesso e l'applicazione delle sanzioni previste dalle vigenti norme in materia di autocertificazione.

La pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e sul sito Internet della Regione degli elenchi degli ammessi e degli esclusi costituisce notifica agli aspiranti sui quali incombe l'onere di verificare la presenza del proprio nominativo in detto elenco al fine della eventuale necessaria integrazione della domanda.

Nel caso di eventuali integrazioni delle domande da parte degli interessati, l'istanza dovrà essere inviata entro il termine perentorio di 30 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. degli elenchi degli ammessi ed esclusi **a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento**, indirizzata agli stessi Uffici dell'Assessorato alla Sanità.

La mancata integrazione della domanda nel termine di 30 giorni dalla pubblicazione degli elenchi determina l'esclusione definitiva dalla graduatoria.

IL Dirigente del Settore Assistenza convocherà tramite telegramma i medici aspiranti al trasferimento, non prima di quindici giorni dalla pubblicazione del decreto di approvazione della graduatoria.

La pubblicazione della graduatoria definitiva al conferimento delle zone carenti degli ammessi e degli esclusi, vale come notifica per la procedura di assegnazione e conterrà calendari, orari e sede.

La sede per l'assegnazione dei trasferimenti e dei conferimenti di nuovi incarichi è presso l'Assessorato alla sanità della Regione Campania, Is. C3 del Centro Direzionale di Napoli.

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30 giugno n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Giunta Regionale della Campania A.G.C. Assistenza Sanitaria – Settore 01 Igiene, Prevenzione e Assistenza Sanitaria – C.d.N. Is. C/3 Napoli, per le finalità di gestione delle procedure di assegnazione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena esclusione dal concorso. Le medesime informazioni possono essere comunicate esclusivamente agli enti e alle strutture pubbliche direttamente interessate allo svolgimento delle procedure di assegnazione.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2009/10 (una sola domanda per tutte le annualità)**

Allegato B

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt __Dott.____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria dal _____
presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito territoriale
di _____ della Regione _____ e con anzianità
complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____.

Allega alla presente certificato di servizio e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:
Allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____

Provincia _____ Indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2009/10 (una sola domanda per tutte le annualità)**

Allegato C

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal _____
presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ della Regione _____
e con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____.

Allega alla presente certificato di servizio e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico nella continuità assistenziale:
Allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____

Provincia _____ Indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)**

ANNO 2009

Allegato D(1)

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O
MANCATA INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ
ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)**

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

Risiede nell'A.S.L. _____ a far data dal _____ e nel territorio della Regione
_____ dal _____ laureato dal _____ con voto _____

Inserito nella graduatoria della Regione Campania anno **2008** valida per l'anno **2009**.

Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per dichiarazione mendace).

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ La propria residenza
- ☐ Il domicilio sotto indicato:

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)
ANNO 2010**

Allegato D(2)

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O
MANCATA INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ
ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)**

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lette**

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

Risiede nell'A.S.L. _____ a far data dal _____ e nel territorio della Regione

_____ dal _____ laureato dal _____ con voto _____

Inserito nella graduatoria della Regione Campania anno **2009** valida per l'anno **2010**.

Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per dichiarazione mendace).

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ La propria residenza

☐ Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE(per Graduatoria)**

ANNO 2009

Allegato E(1)

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O
MANCATA INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ
ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)**

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

Risiede nell'A.S.L. _____ a far data dal _____ e nel territorio della Regione

_____ dal _____ laureato dal _____ con voto _____

Inserito nella graduatoria della Regione Campania anno **2008** valida per l'anno **2009**.

Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle Autorità Giudiziarie per dichiarazione mendace).

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ La propria residenza

☐ Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE(per Graduatoria)
ANNO 2010**

Allegato E(2)

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01- Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O
MANCATA INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ
ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)**

☐ **Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Risiede nell'A.S.L. _____ a far data dal _____ e nel territorio della Regione
_____ dal _____ laureato dal _____ con voto _____

Inserito nella graduatoria della Regione Campania anno **2009** valida per l'anno **2010**.

Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle Autorità Giudiziarie per dichiarazione mendace).

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ La propria residenza
- ☐ Il domicilio sotto indicato:

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

Firma per esteso _____

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, la informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione delle graduatorie utili alle assegnazioni di incarichi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. 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;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale e sul sito Internet della Regione Campania;
5. L'art. 7 del citato D.lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello 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;
6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Campania.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI**

____l____sottoscritt_____

(cognome) (nome)

autorizza la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003

Data____/____/____

Firma per esteso

Allegato G

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P. R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

In riferimento alla domanda di partecipazione alle procedure di assegnazione carenze di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale della Regione Campania relativa all'anno_____

_____l_____sottoscritt_____Dr_____nat_____

a_____residente a _____

via_____n.ro _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

D I C H I A R A

Che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del_____ Sottoscritt_____:

1.
2.
3.
4.
5.

Data_____

Firma

Allegato H

ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA PER I TRASFERIMENTI

1. Manca o non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento
 - a) Nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.
2. Mancano o non sono leggibili o scorretti uno o più dati sul modello di domanda.
3. Manca la firma in calce alla domanda.

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER I TRASFERIMENTI

- 1) Invio domanda oltre i termini.
- 2) Anzianità di servizio insufficiente per i medici provenienti dalla Regione Campania.
 - a) Nota esplicativa: Per **l'Assistenza Primaria** e per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti dalla Regione Campania possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno almeno **due anni di anzianità di servizio**.
- 3) Anzianità di servizio per i medici provenienti da Regioni differenti dalla Campania
 - a) Nota esplicativa: per **l'Assistenza Primaria** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **quattro anni di anzianità di servizio**.
 - b) Per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **almeno tre anni di anzianità di servizio**.

Allegato I

ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA AI CONFERIMENTI DI INCARICO

1. Non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento.
 - a) nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento valido.
2. Mancano o non sono leggibili o scorretti uno o più dati nella sezione – Dati Anagrafici.
 - a) Nota esplicativa: per essere inseriti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, la sezione dei dati anagrafici del modello di domanda corretta e/o integrata.
3. Manca la firma in calce alla domanda.

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER CONFERIMENTI DI INCARICO PER GRADUATORIA

1. Invio domanda oltre i termini.
2. Non è stata scelta nessuna delle due riserve oppure sono state scelte entrambe le riserve
 - a) Nota esplicativa: **il medico è obbligato a scegliere una sola riserva.**
3. Medico non presente nella graduatoria di MMG dell'anno precedente a quello per cui concorre per il conferimento di incarico.