



Decreto Dirigenziale n. 9 del 23/05/2014

Dipartimento 52 - Salute e Risorse Naturali

Direzione Generale 4 - Tutela Salute e Coordinamento Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

Approvazione e pubblicazione zone carenti Assistenza Primaria e di continuita'
Assistenziale relative agli anni 2012-2013-2014 con allegati

IL DIRIGENTE

Premesso:

- a. che l'A.C.N. Repertorio n 2272 del 23 marzo 2005 e l'A.C.N. 2009 vigente demandano alle Regioni l'organizzazione, la pubblicazione e l'assegnazione delle zone carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale comunicate dalle AA.SS.LL. alle Regioni;
- b. che l'Amministrazione Regionale della Campania ha la necessità di approvare, pubblicare e assegnare le zone carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale per gli anni 2011 – 2012, - 2013 riferite alle graduatorie uniche regionali definitive di medicina generale relative agli anni 2010 – 2011 - 2012;

Visti:

- a. la D.G.R.C. n 670 dell'8 ottobre 2010 pubblicata sul BURC n 70 del 21.10.2010 "accordo per disciplinare la procedura di reiscrizione degli ex medici convenzionati"(optanti);
- b. il Decreto Dirigenziale n. 9 del 12 novembre 2013, B.U.R.C. n 14 del 2 marzo 2009 " Presa d'atto e pubblicazione degli Ambiti Territoriali di Assistenza Primaria";
- c. il Decreto Dirigenziale n. 6 del 09.05.2014 B.U.R.C. n 32 del 12.05.2014 " Presa d'atto ridefinizione degli Ambiti Territoriali di A.P. ai sensi dell'A.C.N. dei M.M.G. vigente. Integrazione al D.D.n. 9 del 12.11.2013";
- d. il Decreto Dirigenziale n. 7 del 18.01.2011 B.U.R.C. n.5 del 24.01.2011 con il quale è stata approvata e pubblicata la graduatoria regionale definitiva di medicina generale anno 2010 e successivo Decreto di errata corrige n. 16 del 14.02.2011 BURC n. 13 del 21.02.2011;
- e. il Decreto Dirigenziale n. 74 del 06.04.2012 BURC n. 22 del 10.04.2012 con il quale è stata approvata e pubblicata la graduatoria regionale definitiva di medicina generale anno 2011 e successivo Decreto di errata corrige n. 32 del 10.10.2010 BURC n. 17 del 22.10.2012 ;
- f. il Decreto Dirigenziale n. 56 del 10.05.2013 B.U.R.C. n. 26 del 13.05.2013 con il quale è stata approvata e pubblicata la graduatoria regionale definitiva di medicina generale anno 2012;
- g. il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvato con il D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.;

Considerate:

- a. le comunicazioni pervenute dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione Campania relativamente agli incarichi carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale accertati alle date del 31.12.2010, del 31.12.2011 e del 31.12.2012;

Ritenuto:

- a. di definire i criteri di partecipazione per l'assegnazione delle carenze 2011 – 2012 - 2013 con appositi allegati e modelli che sono parti integranti e sostanziali del presente decreto;
- b. di convocare per l'interpello delle assegnazioni di A.P. 2011 – 2012 – 2013 anche i medici afferenti la Legge n. 423/1993 (cosiddetti medici optanti) con obbligo e priorità di scelta, solo per quelli che al momento della domanda risultavano dimissionari dall'incarico di dipendenza e non risultino in stato di quiescenza;
- c. di disporre, ai sensi dell'art. 34 comma 14 dell'A.C.N. vigente, che in allegato alla domanda va presentato **l'allegato "L" pena inammissibilità della domanda;**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare e pubblicare il presente decreto unitamente all'allegato "A", che definisce le modalità di partecipazione alle assegnazioni delle zone carenti di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale per gli anni 2011 – 2012 – 2013 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare e pubblicare gli allegati "B" "C" "D" "E" "F" "G" "H" "I" (modelli di domande), che sono parti integranti del presente atto, disponendo che gli stessi siano redatti e compilati in ogni parte;
3. di approvare e pubblicare gli allegati "M" e "N" (rispettivamente Informativa sul trattamento dei dati personali e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà);
4. di approvare e pubblicare gli allegati "O" e "P" (elenchi dei motivi di esclusione e dei motivi di ammissione con riserva per i partecipanti ai conferimenti di incarico per trasferimento e per graduatoria);
5. di approvare e pubblicare gli elenchi delle zone carenti di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale, rispettivamente allegato "Q" ed allegato "R", individuate e trasmesse dalle AA.SS.LL. relative agli anni 2011 – 2012 e 2013;
6. di disporre, ai sensi dell'art. 34 comma 14 dell'A.C.N. Vigente, che in allegato alla domanda va presentato l'allegato "L" pena inammissibilità della domanda;
7. di inviare il presente atto all'UOD 04 Assistenza Territoriale per il prosieguo di competenza
8. di trasmettere il presente decreto con allegati al BURC per la pubblicazione e sul sito Internet della Regione Campania: www.regione.campania.it.
9. di dare idonea informativa circa la pubblicazione sul B.U.R.C. e sul sito internet della Regione Campania a tutte le AA.SS.LL., nonché agli Ordini Provinciali dei Medici della Regione Campania.

Dr. Aurelio Bouchè

Allegato A**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:

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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 2011-2012-2013".

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.

determina l'esclusione definitiva dalla graduatoria.

I medici aspiranti al trasferimento, saranno convocati tramite telegramma non prima di quindici giorni dalla pubblicazione del decreto di approvazione della graduatoria definitiva.

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 Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale – 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.

Allegato B

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2011/2012/2013 (una sola domanda per tutte le annualità)**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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. _____
e-mail: _____

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 _____.

DICHIARA

Di essere 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 _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____

Provincia _____ Indirizzo _____ n. _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2011/2012/2013 (una sola domanda per tutte le annualità)**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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. _____
e-mail: _____

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 _____.

D I C H I A R A

Di essere 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 _____

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 2011**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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.)
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2008 al 31/01/2010**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2008 al 31/01/2010**
nell'ambito _____

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

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____ fonte: <http://burc.regione.campania.it>

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)
ANNO 2011**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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.)
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2008 al 31/01/2010**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2008 al 31/01/2010**
nell'ASL _____

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).**

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)
ANNO 2012**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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),
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

__ I __ sottoscritt __ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2009 al 31/01/2011**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2009 al 31/01/2011**
nell'ambito _____

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

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)
ANNO 2012**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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),
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2009 al 31/01/2011**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2009 al 31/01/2011**
nell'ASL _____

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).**

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)
ANNO 2013**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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),
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

__I__ sottoscritt __Dott.____ nato a _____
Prov. ____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2010 al 31/01/2012**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2010 al 31/01/2012**
nell'ambito _____

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

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)
ANNO 2013**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
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),
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

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

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____ e-mail _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2010 al 31/01/2012**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2010 al 31/01/2012**
nell'ASL _____

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).**

FA DOMANDA

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. _____

Data _____

Firma per esteso _____

Allegato M**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**

_____ I _____ 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 1

**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 2011/2012

_____ l' _____ sottoscritt _____ Dr _____ nat _____

a _____ il _____

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 tutte le informazioni rese in domanda corrispondono al vero.

Data _____

Firma _____

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**.

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 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.

ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA AI CONFERIMENTI DI INCARICO

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 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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 _____
 Peri BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA _____ n. 38 del 3 Giugno 2014

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ 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, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ 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 _____ Azienda _____ 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. 368/99:

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 o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo 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 _____

Peric. BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 38 del 3 Giugno 2014

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della 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 o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitti 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 sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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 a: (2)

Periodo: dal _____

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA **1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti** n. 38 del 3 Giugno 2014

articolo 15: (2) **soggetto erogante il trattamento pensionistico** _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ 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"

PARTE I

**ELENCO ZONE CARENTI
ASSISTENZA PRIMARIA
ANNI 2011/2012/2013**

Allegato

A.S.L. AVELLINO
ANNO 2011

Nota D.R. n. 26 del 2.05.2012

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
GROTTAMINARDA	1
ATRIPALDA - AIELLO DEL SABATO - CESINALI - S. MICHELE DI SERINO - S.STEFANO DEL SOLE - MONTEMARANO - CHIUSANO S. DOMENICO - CASTELVETERE - S. MANGO SUL CALORE - SALZA IRPINA - SORBO SERPICO - PAROLISE - VOLTURARA IRPINA - S. POTTITO ULTRA - CANDIDA - MANOCALZATI - LAPIO - MONTEFALCIONE - MONTEMILETTO -TORRE LE NOCELLE - MONTEFUSCO - PIETRADEFUSI -S.PAOLINA - VENTICANO.	1
AVELLINO - CONTRADA - FORINO - PRATOLA SERRA - PRATA P.U. - MONTEFREDANE - CAPRIGLIA IRPINA - MERCOGLIANO - MONTEFORTE - OSPEDALETTO D'ALPINOLO - SUMMONTE - S. ANGELO A SCALA - PIETRASTORNINA - ALTAVILLA IRPINA - GROTTOLELLA - TUFO - TORRIONI - CHIANCHE - PETRURO.	1

A.S.L. BENEVENTO

ANNO 2011

DD n. 19 del 12.07.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
BENEVENTO - APOLLOSA - ARPAISE - CEPPALONI - S. LEUCIO DEL SANNIO. Obbligo di studio Benevento	1

ANNO 2012

DD n. 19 del 12.07.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
MONTESARCHIO - AIROLA - ARPAIA - BONEA - BUCCIANO - CAMPOLI M.T. - DURAZZANO - FORCHIA - FRASSO TELESINO - MOIANO - PANNARANO - PAOLISI - S. AGATA DEI GOTI - TOCCO CAUDIO. Obbligo di studio a Campoli M.T.-Montesarchio.	2

A.S.L. Caserta

ANNO 2011

Delibera D.G. n. 806 del 14.06.2013 e n. 446 del 7.04.2014

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
FRIGNANO - VILLA DI BRIANO	1
CASAPESENNA	1
SAN CIPRIANO D'AVERSA	1

ANNO 2012

Delibera D.G. n. 806 del 14.06.2013 e n. 446 del 7.04.2014

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
SAN NICOLA LA STRADA	1
VAIRANO PATENORA	1
CASERTA	1
PIEDIMONTE MATESE - CASTELLO MATESE - SAN GREGORIO MATESE	1
CAIZZO - ALVIGNANO - RUVIANO - CASTEL CAMPAGNANO - PIANA DI MONTEVERNA.	1
PORTICO DI CASERTA	1
TEVEROLA	1
FRIGNANO - VILLA DI BRIANO	1
SAN MARCELLINO	1
CASAL DI PRINCIPE	3
PARETE	1
CASAPESENNA	1
MARCIANISE	
VILLALITerno	1

ANNO 2013

Delibera D.G. n. 653 del 22.05.2014

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
SAN MARCELLINO	1
TRENTOLA DUCENTA	1

A.S.L. NA/1 CENTRO

ANNO 2011

Nota n. 754 del 28.05.2012

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
COMUNE DI NAPOLI	5

ANNO 2012

Nota n. 549 del 27.03.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
COMUNE DI NAPOLI	11

**ELENCO ZONE CARENTI
ASSISTENZA PRIMARIA
ANNI 2011/2012/2013**

A.S.L. NA/2 NORD

ANNO 2011

Delibera D.G. n. 400 del 18.04.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
ACERRA	2
BACOLI	1
CALVIZZANO	1
CARDITO	1
CASALNUOVO	2
GIUGLIANO	4
MARANO	2
MELITO	1
MONTE DI PROCIDA	1
QUARTO	2

ANNO 2012

Delibera D.G. n. 400 del 18.04.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
CAIVANO	1
CARDITO	2
FRATTAMINORE	1
GRUMO NEVANO	1
MONTE DI PROCIDA	1

ANNO 2013

Delibera D.G. n. 495 del 15.05.2014

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
BARANO - SERRARA FONTANA	1
CAIVANO	1
CASANDRINO	1
MONTE DI PROCIDA	1
MUGNANO DI NAPOLI	4
QUARTO	1

A.S.L. NA/3 SUD

ANNO 2011

D.D. n. 417 del 7.05.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
SAN VITALIANO	1
SOMMA VESUVIANA	2
SAN PAOLO BEL SITO	1
SAVIANO - SCISCIANO	1
TUFINO - COMIZIANO	1
CERCOLA	1
POGGIOMARINO	1
POLLENA TROCCHIA	1
TERZIGNO	1
OTTAVIANO	1
CICCIANO	1
POMIGLIANO D'ARCO	1
S. ANASTAZIA	1
PALMA CAMPANIA	1
CASTELLAMMARE DI STABIA	1
SAN GIORGIO A CREMANO	1
ERCOLANO	2
TORRE ANNUNZIATA	2
TORRE DEL GRECO	2
GRAGNANO	1
POMPEI	1
PIANO DI SORRENTO	1
SORRENTO	1

ANNO 2012

Delibera D.G. n. 651 del 14.11.2013 e n. 790 del 28.11.2013

<i>AMBITI</i>	<i>CARENZE</i>
BRUSCIANO	1
MARIGLIANELLA	1
SOMMA VESUVIANA	1
CICCIANO	1
POLLENA TROCCHIA	2
S. ANASTAZIA	1
OTTAVIANO	1
PALMA CAMPANIA	2
POGGIOMARINO	2
SAN GENNARO VESUVIANO	1
CASTELLAMMARE DI STABIA	2
ERCOLANO	1
BOSCOTRECASE	1
BOSCOREALE	2
TORRE ANNUNZIATA	1
TORRE DEL GRECO	2
AGEROLA	1
GRAGNANO	2
POMPEI	1
SANT'ANTONIO ABATE	1
MASSA LUBRENSE	2
META DI SORRENTO	1
SANT'AGNELLO	2

**ELENCO ZONE CARENTI
ASSISTENZA PRIMARIA
ANNI 2011/2012/2013**

A.S.L. SALERNO

ANNO 2011
Nota n. 5011 del 25.05.2012

AMBITI	CARENZE
ANGRI	2
TRAMONTI - CETARA - MAIORI - MINORI - AMALFI - ATRANI - CONCA DEI MARINI - FURORE - RAVELLO - SCALA - POSITANO - PRAIANO - obbligo di studio Maiori - Scala	2
AGROPOLI - CICERALE - OGLIASTRO - PRIGNANO - TORCHIARA - RUTINO - LUSTRA - LAUREANA. Obbligo di studio Rutino e Prignano cilento	2
COLLIANO - VALVA - LAVIANO - CASTELNUOVO DI CONZA - SANTOMENNA. Obbligo studio Santomenna o Castelnuovo di Conza	1
EBOLI	2
CAMPAGNA	1
OLEVANO SUL TUSCIANO	1
BARONISSI	1
MONTECORVINO ROVELLA - ACERNO Obbligo studio Acerno	1
SAN CIPRIANO PICENTICO - SAN MANGO PIEMONTE - CASTIGLIONE DEI GENOVESI	1
MONTECORVINO PUGLIANO	1
CASTELCIVITA - AQUARA - CONTRONE - OTTATI - SANT'ANGELO A FASANELLA - CORLETO MONFORTE. Obbligo di studio a Ottati	1
VALLO DELLA LUCANIA - CANNALONGA - NOVI VELIA - CERASO - MOIO DELLA CIVITELLA. Obbligo di studio a Valle della Lucania	1
SAPRI - TORRACA - VIBONATI - TORTORELLA - CASALETTO SPARTANO - CASELLE IN PITTARI - MONIGERATI - ISPANI - SANTA MARINA. Obbligo di studio a Santa Marina	1
ALFANO - CELLE BULGHERIA - ROCCAGLIORIOSA - ROFRANO - SAN GIOVANNI A PIRO - TORRE ORSAIA . Obbligo di studio a Celle di Bulgheria	1

ANNO 2012
Nota n. 5011 del 25.05.2012

AMBITI	CARENZE
NOCERA INFERIORE	3
ANGRI	2
CORBARA - SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO. Obbligo di studio a Sant'Egidio	1
SARNO	1
SAMMARZANO SUL SARNO	1
SAN VALENTINO TORIO	1
CAVA DE' TIRRENI	1
VIETRI SUL MARE	1
EBOLI	1
SERRE - SICIGNANO DEGLI ALBURNI - POSTIGLIONE	1
BATTIPAGLIA	2
SALERNO - PELLEZZANO	11
SIANO - BRACIGLIANO	1
PONTECAGNANO FAIANO	2
AGROPOLI - CICERALE - OGLIASTRO - PRIGNANO - TORCHIARA - RUTINO - LUSTRA - LAUREANA. Obbligo di studio a Laureana Cilento	3
CASTELLABATE - PERDIFUMO - MONTECORICE - S. MAURO CILENTO - SERRAMEZZANA	1
ALFANO - CELLE BULGHERIA - ROCCAGLIORIOSA - ROFRANO - SAN GIOVANNI A PIRO - TORRE ORSAIA .	1
CAMEROTA - CENTOLA	2
TEGGIANO - ATENA LUCANA - SAN RUFO - SAN PIETRO AL TANAGRO - SANT'ARSENIO - POLLA - PETINA - SALVITELLE - PERTOSA - CAGGIANO - AULETTA.	1

ANNO 2013
Nota D.G. n. 1135/DG del 27.01.2014

AMBITI	CARENZE
COLLIANO - VALVA - LAVIANO - CASTELNUOVO DI CONZA - SANTOMENNA.	1

**ELENCO ZONE CARENTI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE ANNI 2011/2012/2013**

Allegato R

A.S.L. BENEVENTO	
D.D. n. 3 del 27.01.2014 e n. 6 del 24.02.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	0
2012	0
2013	6
TOTALE	6

A.S.L. CASERTA	
Delibera D.G. n.627 del 16.05.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	13
2012	12
2013	6
TOTALE	31

A.S.L. NA/1 Centro	
nota n. 754 del 28.05.2012 - nota n. 5854 del 4.02.2014 - nota n. 1293 del 27.02.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	4
2012	0
2013	5
TOTALE	9

A.S.L. NA/2 Nord	
Nota D.G. n. 2418 de 17.01.2014 - Delibera D.G. n. 76 del 20.01.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	13
2012	8
2013	14
TOTALE	35

A.S.L. NA/3 Sud	
nota D.G. n. 75083 del 23/11/2012 -nota D.G. n. 82945 del 8.11.2013 - nota D.G. n. 21026 dell'11.03.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	8
2012	14
2013	4
TOTALE	26

A.S.L. SALERNO	
Nota Commissario Straordinario n. 5011 del 25/05/2012 - nota D.G. n. 4761 dell'1.04.2013 - nota D.G. n. 1135 del 27.01.2014	
ANNO	N. RO CARENZE
2011	9
2012	15
2013	20
TOTALE	44