



Decreto Dirigenziale n. 199 del 18/07/2019

Direzione Generale 4 - Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

Pediatria di Libera Scelta - A.S.L. Salerno - pubblicazione di zona carente straordinaria per l'ambito territoriale di Amalfi + 11 del Distretto Sanitario 63 Cava - Costa d'Amalfi. Con allegati

IL DIRIGENTE

VISTI:

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta approvato ai sensi dell'art. 8 del D.LGS, n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 2396/CSR del 15.12.2005, tuttora vigente per la parte normativa;
- l'Accordo Integrativo Regionale, sottoscritto il 22 maggio 2015 e approvato con decreto n. 59 del 29 maggio 2015 (B.U.R.C. n. 36 dell'11 giugno 2015);

CONSIDERATO:

- che il citato ACN prevede che le zone carenti di pediatria siano individuate dalle AA.SS.LL. secondo le modalità in esso previste ed impone, altresì, secondo quanto previsto dall'art. 33, che tali carenze, per consentire l'avvio delle procedure necessarie all'assegnazione, debbano essere pubblicate sul Bollettino Ufficiale;
- che l'AIR 2015 prevede, all'art. 13, per situazioni particolari e in deroga alle scadenze fissate dal art. 32 del citato ACN, l'individuazione delle zone carenti straordinarie di pediatria di libera scelta;

PRESO ATTO:

- che l'ASL Salerno – acquisito, in data 02 luglio 2019, il parere favorevole del Comitato Aziendale per la PLS, con nota n. 166857 del 04 luglio 2019, agli atti della Direzione Generale Sanità al prot. 0452411 del 17 luglio 2019, integrata con successiva nota n. 173974 dell'11 luglio 2019, agli atti della Direzione Generale Sanità al prot. 0452441 del 17 luglio 2019, ha richiesto la pubblicazione di zona carente straordinaria di pediatria di libera scelta per l'ambito territoriale di Amalfi – Atrani – Cetara – Conca dei Marini – Furore – Maiori – Minori – Positano – Praiano – Ravello - - Scala – Tramonti del Distretto Sanitario 63 Cava – Costa d'Amalfi – con obbligo di studio nel Comune di Amalfi;

RITENUTO:

- pertanto, di dover pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania la carenza come sopra individuata;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal funzionario preposto, nonché della espressa dichiarazione di regolarità resa dal funzionario medesimo;

DECRETA

Per le considerazioni esposte in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di prendere atto della zona carente Straordinaria di Pediatria di Libera Scelta, per l'ambito territoriale di Amalfi – Atrani – Cetara – Conca dei Marini – Furore – Maiori – Minori – Positano – Praiano – Ravello - Scala – Tramonti del Distretto Sanitario 63 Cava – Costa d'Amalfi; richiesta con note n. 166857 del 04 n. 173974 dell'11 luglio 2019, dopo aver acquisito il previsto parere favorevole del Comitato aziendale per la PLS espresso nella seduta dal 02 luglio 2019;
- di prevedere che vi sia obbligo di studio nel Comune di Amalfi;

di disporre, inoltre:

- a) che venga utilizzata, ai fini dell'assegnazione dell'incarico, la graduatoria regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta, approvata con decreto n. 45 del 22 novembre 2018 e pubblicata sul BURC n. 87 del 26 novembre 2018;

- b) che l'assegnazione dell'incarico di Pediatria di Libera Scelta avvenga nel rispetto degli artt. 32 e 33 del Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta,
- c) che la domanda per la partecipazione all'assegnazione della zona carente deve essere:
 - redatta secondo lo schema di cui all'allegato A;

 - corredata della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – allegato B – e dalla copia del documento di identità in corso di validità;
 - inviata, in un unico file comprensivo degli allegati, all'indirizzo di posta elettronica certificata assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it
- d) di inviare il presente provvedimento al B.U.R.C. per la relativa pubblicazione e alla sezione "*Amministrazione Trasparente – Casa di Vetro*" del sito Internet istituzionale della Regione.

Avv. Antonio POSTIGLIONE

€ 16,00

ALLEGATO A

Al Commissario Straordinario dell'ASL Salerno

UOC Assistenza Primaria
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Domanda di assegnazione delle zone carenti straordinarie di Pediatria di Libera Scelta

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/_____
codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
a far data dal ____/____/_____
e residente nel territorio della Regione _____ a far data dal ____/____/_____
cellulare _____ telefono fisso _____
- laureato/a in _____ il ____/____/_____
con voto _____ presso l'Università di _____
- specializzato/a in _____ il ____/____/_____
con voto _____ presso l'Università di _____

(biffare un solo item dei seguenti due e compilare solo i relativi campi)

- Trasferimento (art. 33, co. 5, lett. a) e lett. b) ACN PLS 2005 e smi)
- ambito attuale di iscrizione _____
- data di iscrizione nell'ambito attuale ____/____/_____
- data di prima iscrizione quale Medico Pediatra di Libera Scelta ____/____/_____
 Primo incarico (art. 33, co. 5, lett. c) ACN PLS 2005 e smi)
- presente nella vigente graduatoria regionale degli aspiranti ad incarico in _____ posizione
 Primo incarico (art. 33, co. 5, lett. d) ACN PLS 2005 e smi)
- non presente nella vigente graduatoria regionale degli aspiranti ad incarico

CHIEDE

(biffare un solo item dei seguenti due e compilare solo i relativi campi)

di partecipare all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera Scelta dell'ASL Salerno pubblicata sul BURC n. _____ del ____ / ____ / _____

di partecipare all'assegnazione delle zone carenti straordinarie di Pediatria di Libera Scelta dell'ASL Salerno pubblicate sul BURC n. _____ del ____ / ____ / _____ specificando gli ambiti per cui concorre:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a a _____ (prov. _____) il ____ / ____ / _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione e nell'Allegato B, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Allegato B;

- copia del seguente documento di riconoscimento _____

n° _____ rilasciata da _____ il ____ / ____ / _____

(data)

(firma)

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai
benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia
dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde al vero.

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

Soggetto _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Medicina Generale ai sensi dell'ACN 2005 e s.m.i. con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

3. 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. _____

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

5. 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)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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 _____

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate 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 _____

8. 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 _____

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

10. 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 _____

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

Periodo: dal _____

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo: dal _____

14. 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 _____

(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 modello alla voce "NOTE".