

REPUBBLICA ITALIANA
BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA



Regione Umbria

SERIE AVVISI E CONCORSI

PERUGIA - 3 maggio 2022

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso AP - Avviso di pubblicazione ordinaria delle zone carenti per l'assistenza primaria presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate alla data del 31 marzo 2022.

Avviso CA - Avviso di pubblicazione dei posti vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevati alla data del 31 marzo 2022.

Avviso PLS - Avviso di pubblicazione delle zone carenti di pediatria di libera scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate al 31 marzo 2022.

SOMMARIO**REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI****Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2****Terni****SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI**

Avviso AP - Avviso di pubblicazione ordinaria delle zone carenti per l'assistenza primaria presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate alla data del 31 marzo 2022 Pag. 3

Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2**Terni****SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI**

Avviso CA - Avviso di pubblicazione dei posti vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevati alla data del 31 marzo 2022 Pag. 31

Azienda Unità Sanitaria Locale N. 2**Terni****SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI**

Avviso PLS - Avviso di pubblicazione delle zone carenti di pediatria di libera scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate al 31 marzo 2022 Pag. 45

**REGIONE UMBRIA
ED ENTI DIPENDENTI**

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso AP - Avviso di pubblicazione ordinaria delle zone carenti per l'assistenza primaria presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate alla data del 31 marzo 2022.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn.4495/97, 1609/99, in attuazione dell'art.34 dell'ACN per la Medicina Generale del 23/03/05 e s.m.i. (successivamente modificato dall'Art.5 dell'ACN per la Medicina Generale siglato in data 21/06/2018) e nella DGR n.1226/2019, si pubblica l'elenco delle zone carenti di Assistenza Primaria individuate dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art.33 del vigente A.C.N. 23/03/2005 per la Medicina Generale.

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello	2
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello (dal 28/06/2022)	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina – Fraz. Gioiello	1
Distretto Alto Tevere – Comune di Umbertide	3
Distretto Alto Tevere – Comune di San Giustino	1
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gubbio	4
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gubbio (dal 27/09/2022)	1
Distretto Alto Chiascio – Comuni Fascia Appenninica	1
Distretto Alto Chiascio – Comune di Gualdo Tadino	1
Distretto Perugino – Cds 1	1

AMBITO TERRITORIALE	POSTI
Distretto Perugino – Cds 2	3
Distretto Perugino – Cds 3	6
Distretto Perugino – Cds 3 (dal 10/10/2022)	1
Distretto Perugino – Cds 4	3
Distretto Perugino – Cds 4 (dal 16/06/2022)	1
Distretto Perugino – Cds 6	2
Distretto Assisano – ambito territoriale AFT Assisi	2
Distretto Assisano – ambito territoriale AFT Assisi (dal 27/06/2022)	1
Distretto Assisano – ambito territoriale AFT Bastia Umbra	1
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Collazzone	1
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Deruta	2
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Fratta Todina <i>con obbligo di garantire attività ambulatoriale nel Comune di Monte Castello Vibio con almeno 2 accessi alla settimana.</i>	1
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Marsciano	2
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Marsciano (dal 25/06/2022)	1
Distretto Media Valle del Tevere – Comune di Todi	1
Distretto Media Valle del Tevere – ambito distrettuale (dal 30/08/2022)	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Nord – Comune di Passignano sul Trasimeno (dal 14/12/2022)	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Nord – Comune di Magione	2
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Nord – Comune di Magione (dal 05/07/2022)	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	2
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (dal 08/08/2022)	1
Distretto Trasimeno- Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve	2

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto Valnerina (ambito Scheggino, Sant'Anatolia di Narco, Vallo di Nera – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Scheggino)	1
Distretto Valnerina con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Norcia	1
Distretto Valnerina ambito distrettuale	1
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel comune di Spoleto	6
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	2
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 23/07/2022)	1
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 15/09/2022)	1
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 24/11/2022)	1
Distretto di Spoleto - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (dal 01/10/2022)	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Foligno	5
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefalco	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Sellano	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Valtopina	1
Distretto di Foligno - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Trevi (dal 24/07/2022)	1
Distretto di Terni - ambito Terni/Stroncone – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Terni	8
Distretto di Terni - ambito: Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefranco	1
Distretto di Terni - ambito: Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Arrone	1

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto di Terni - ambito Acquasparta/San Gemini	1
Distretto di Terni - ambito: Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino – con obbligo ambulatorio principale a Ferentillo	1
Distretto di Terni - ambito Terni/Stroncone (dal 20/10/2022)	1
Distretto di Terni - ambito Terni/Stroncone (dal 08/11/2022)	1
Distretto di Terni - ambito: Terni/Stroncone (dal 17/12/2022)	1
Distretto Narni/Amelia – ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Otricoli	1
Distretto Narni/Amelia – ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni	1
Distretto Narni/Amelia – ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo	2
Distretto Narni/Amelia – ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni a settimana a Vigne di Narni	1
Distretto Narni/Amelia – ambito: Montecastrilli, Avigliano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Montecastrilli	2
Distretto Narni/Amelia – ambito: Amelia, Alviano, Attigliano, Giove, Guardia, Lugnano in Teverina, Penna in Teverina con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Amelia	2
Distretto di Orvieto – ambito Orvieto/Porano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Porano	1
Distretto di Orvieto – ambito: Allerona, Castel Giorgio, Castel Viscardo con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Allerona	1
Distretto di Orvieto – ambito Baschi/Montecchio	2
Distretto di Orvieto – ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale a Fabro Scalo	1
Distretto di Orvieto – ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale nel comune di Parrano (dal 30/07/2022)	1
Distretto di Orvieto – ambito: Orvieto, Porano - con obbligo ambulatorio principale nel comune di Orvieto (dal 20/10/2022)	1

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione Umbria e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione;
2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2022 – pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 2 del 11/01/2022;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2021) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2022 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per le zone carenti;

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.5 dell'A.C.N. - MMG del 21/06/2018 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento (art.5 c.5 lettera a):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione Umbria e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. **I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda** ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;
- Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1 dell'A.C.N. - MMG - 23/03/05 e s.m.i.
- Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.
- In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Ai sensi dell'art. 15 dell'ACN – MMG – 23/03/2005 e s.m.i., i medici già titolari d'incarico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito nell'art.5 comma 21 dell'ACN – MMG del 21/06/2018, il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

- b) per graduatoria (art.5 c.5 lettera b):** i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2022 pubblicata sul

B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n. 2 del 11/01/2022 graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (distretto) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2022).

Per l'assegnazione degli incarichi ai medici inclusi nella graduatoria regionale, in virtù di quanto previsto nell'art.5 comma 13 dell'ACN viene riservata una percentuale di assegnazione, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, e precisamente:

- 80% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento), a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% del numero totale delle zone carenti pubblicate (al netto di quelle assegnate per trasferimento) a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale (abilitazione conseguita entro il 31/12/1994).

Qualora, per carenza di domande, non vengano assegnati tutti gli incarichi spettanti ad una delle due riserve, essi verranno assegnati all'altra;

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa;

- c) (art.5 c.5 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2020) valida per l'anno 2021, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.**

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito carente (Distretto), nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione delle carenze ai medici nel rispetto delle priorità sopra indicate:

- 1° per trasferimento (art.5 c.5 lettera a);**
- 2° per graduatoria (art.5 c.5 lettera b) medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria – Anno 2022;**
- 3° medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2021) valida per l'anno 2022 (art.5 c.5 lettera c).**

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto.

La sottoscrizione della domanda e del modulo di autocertificazione non sono soggetti ad autenticazione qualora presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici: 0744/204880 Francesco Lavecchia Di Tocco 075/8858237 Marchetti Donatella - 0758858257 Angeloni Daniela).

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0232 (Gratuito)

Modulo AP-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di Assistenza Primaria

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 5 comma 5 lett. a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (dal 28/06/2022)	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina – Fraz. Gioiello	
Alto Tevere	Comune di Umbertide	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	

Modulo AP-1

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (dal 27/09/2022)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 1	
Perugino	Cds 2	
Perugino	Cds 3	
*Perugino	Cds 3 (dal 10/10/2022)	
Perugino	Cds 4	
*Perugino	Cds 4 (dal 16/06/2022)	
Perugino	Cds 6	
Assisano	ambito territoriale AFT Assisi	
*Assisano	ambito territoriale AFT Assisi (dal 27/06/2022)	
Assisano	ambito territoriale AFT Bastia Umbra	
Media Valle del Tevere	Comune di Collazzone	
Media Valle del Tevere	Comune di Deruta	
Media Valle del Tevere	Comune di Fratta Todina con obbligo di garantire attività ambulatoriale nel Comune di Monte Castello Vibio con almeno 2 giorni alla settimana	
Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano	
*Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano (dal 25/06/2022)	
Media Valle del Tevere	Comune di Todi	
*Media Valle del Tevere	Ambito distrettuale dal 30/08/2022	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Passignano sul Trasimeno (dal 14/12/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione (dal 05/07/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (dal 08/08/2022)	

Modulo AP-1

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	Scheggino, Sant'Anatolia di Narco, Vallo di Nera – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Scheggino	
Valnerina	con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Valnerina	Ambito Distrettuale	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 23/07/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 15/09/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 24/11/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (dal 01/10/2022)	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Foligno	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefalco	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Sellano	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Valtopina	
*Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Trevi (dal 24/07/2022)	

Modulo AP-1

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Terni	ambito Terni/Stroncone – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Terni	
Terni	ambito: Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefranco	
Terni	Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Arrone	
Terni	ambito Acquasparta/San Gemini	
Terni	ambito: Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino – con obbligo ambulatorio principale a Ferentillo	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 20/10/2022)	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 08/11/2022)	
*Terni	ambito: Terni/Stroncone (dal 17/12/2022)	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Otricoli	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni a settimana a Vigne di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Montecastrilli, Avigliano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Montecastrilli	
Narni/Amelia	ambito: Amelia, Alviano, Attigliano, Giove, Guardia, Lugnano in Teverina, Penna in Teverina con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Amelia	
Orvieto	ambito Orvieto/Porano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Porano	
Orvieto	ambito: Allerona, Castel Giorgio, Castel Viscardo con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Allerona	

Modulo AP-1

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Orvieto	ambito Baschi/Montecchio	
Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale a Fabro Scalo	
*Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale nel comune di Parrano (dal 30/07/2022)	
*Orvieto	ambito: Orvieto, Porano - con obbligo ambulatorio principale nel comune di Orvieto (dal 20/10/2022)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di Assistenza Primaria presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale
di _____ della Regione _____ dal _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1 A.C.N. MMG 23/03/2005 e s.m.i.);

Modulo AP-1

D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di Assistenza Primaria come di seguito elencato:

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.18, comma 1 ACN per la MMG del 23/03/05 e s.m.i.).

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art.34 comma 5 lettera a) A.C.N. MMG 23/03/2005 e s.m.i., ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Modulo AP-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)**

**PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022**

Art.5 comma 5 lettera b) dell' A.C.N. MMG del 21/06/2018

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2021 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.5 comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (dal 28/06/2022)	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina	

Modulo AP-2

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina – Fraz. Gioiello	
Alto Tevere	Comune di Umbertide	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (dal 27/09/2022)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 1	
Perugino	Cds 2	
Perugino	Cds 3	
*Perugino	Cds 3 (dal 10/10/2022)	
Perugino	Cds 4	
*Perugino	Cds 4 (dal 16/06/2022)	
Perugino	Cds 6	
Assisano	ambito territoriale AFT Assisi	
*Assisano	ambito territoriale AFT Assisi (dal 27/06/2022)	
Assisano	ambito territoriale AFT Bastia Umbra	
Media Valle del Tevere	Comune di Collazzone	
Media Valle del Tevere	Comune di Deruta	
Media Valle del Tevere	Comune di Fratta Todina con obbligo di garantire attività ambulatoriale nel Comune di Monte Castello Vibio con almeno 2 giorni alla settimana	
Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano	
*Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano (dal 25/06/2022)	
Media Valle del Tevere	Comune di Todi	
*Media Valle del Tevere	Ambito distrettuale dal 30/08/2022	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Passignano sul Trasimeno (dal 14/12/2022)	

Modulo AP-2

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione (dal 05/07/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (dal 08/08/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	Scheggino, Sant'Anatolia di Narco, Vallo di Nera – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Scheggino	
Valnerina	con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Valnerina	Ambito Distrettuale	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoletto	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoletto (dal 23/07/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoletto (dal 15/09/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoletto (dal 24/11/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (dal 01/10/2022)	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Foligno	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefalco	

Modulo AP-2

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Sellano	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Valtopina	
*Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Trevi (dal 24/07/2022)	
Terni	ambito Terni/Stroncone – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Terni	
Terni	ambito: Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefranco	
Terni	Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Arrone	
Terni	ambito Acquasparta/San Gemini	
Terni	ambito: Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino – con obbligo ambulatorio principale a Ferentillo	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 20/10/2022)	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 08/11/2022)	
*Terni	ambito: Terni/Stroncone (dal 17/12/2022)	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Otricoli	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni a settimana a Vigne di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Montecastrilli, Avigliano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Montecastrilli	

Modulo AP-2

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Narni/Amelia	ambito: Amelia, Alviano, Attigliano, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Penna in Teverina con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Amelia	
Orvieto	ambito Orvieto/Porano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Porano	
Orvieto	ambito: Allerona, Castel Giorgio, Castel Viscardo con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Allerona	
Orvieto	ambito Baschi/Montecchio	
Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale a Fabro Scalo	
*Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale nel comune di Parrano (dal 30/07/2022)	
*Orvieto	ambito: Orvieto, Porano - con obbligo ambulatorio principale nel comune di Orvieto (dal 20/10/2022)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

In osservanza di quanto previsto dall'art. 5 comma 13 dell'ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003
- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

Modulo AP-2

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Assistenza Primaria

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno 2021, il medico che abbia accettato l'incarico.

Modulo AP-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2021)**

Art.5 comma 5 lettera c) dell' A.C.N. MMG del 21/06/2018

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.5 comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	☐
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (dal 28/06/2022)	☐

Modulo AP-3

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina	
Alto Tevere	Comune di Città di Castello con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni la settimana nel Comune di Monte Santa Maria Tiberina – Fraz. Gioiello	
Alto Tevere	Comune di Umbertide	
Alto Tevere	Comune di San Giustino	
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (dal 27/09/2022)	
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino	
Perugino	Cds 1	
Perugino	Cds 2	
Perugino	Cds 3	
*Perugino	Cds 3 (dal 10/10/2022)	
Perugino	Cds 4	
*Perugino	Cds 4 (dal 16/06/2022)	
Perugino	Cds 6	
Assisano	ambito territoriale AFT Assisi	
*Assisano	ambito territoriale AFT Assisi (dal 27/06/2022)	
Assisano	ambito territoriale AFT Bastia Umbra	
Media Valle del Tevere	Comune di Collazzone	
Media Valle del Tevere	Comune di Deruta	
Media Valle del Tevere	Comune di Fratta Todina con obbligo di garantire attività ambulatoriale nel Comune di Monte Castello Vibio con almeno 2 giorni alla settimana	
Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano	

Modulo AP-3

AZIENDA USL UMBRIA 1		
DISTRETTO	AMBITO	
*Media Valle del Tevere	Comune di Marsciano (dal 25/06/2022)	
Media Valle del Tevere	Comune di Todi	
*Media Valle del Tevere	Ambito distrettuale dal 30/08/2022	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Passignano sul Trasimeno (dal 14/12/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Nord Comune di Magione (dal 05/07/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago	
*Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago (dal 08/08/2022)	
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Città della Pieve	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Valnerina	Scheggino, Sant'Anatolia di Narco, Vallo di Nera – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Scheggino	
Valnerina	con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Norcia	
Valnerina	Ambito Distrettuale	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto	
Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 23/07/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 15/09/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Spoleto (dal 24/11/2022)	
*Spoletto	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria (dal 01/10/2022)	

Modulo AP-3

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Foligno	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefalco	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Sellano	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	
Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Valtopina	
*Foligno	con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Trevi dal 24/07/2022)	
Terni	ambito Terni/Stroncone – con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Terni	
Terni	ambito: Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Montefranco	
Terni	Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino - con obbligo ambulatorio principale nel Comune di Arrone	
Terni	ambito Acquasparta/San Gemini	
Terni	ambito: Arrone-Ferentillo-Montefranco-Polino – con obbligo ambulatorio principale a Ferentillo	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 20/10/2022)	
*Terni	ambito Terni/Stroncone (dal 08/11/2022)	
*Terni	ambito: Terni/Stroncone (dal 17/12/2022)	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Otricoli	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo	

Modulo AP-3

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi, Otricoli, con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Narni Scalo con obbligo di garantire attività ambulatoriale per due giorni a settimana a Vigne di Narni	
Narni/Amelia	ambito: Montecastrilli, Avigliano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Montecastrilli	
Narni/Amelia	ambito: Amelia, Alviano, Attigliano, Giove, Guardia, Lugnano in Teverina, Penna in Teverina con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Amelia	
Orvieto	ambito Orvieto/Porano con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Porano	
Orvieto	ambito: Allerona, Castel Giorgio, Castel Viscardo con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Allerona	
Orvieto	ambito Baschi/Montecchio	
Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale a Fabro Scalo	
*Orvieto	ambito: Fabro, Ficulle, Monteleone di Orvieto, Montegabbione, Parrano con obbligo ambulatorio principale nel comune di Parrano (dal 30/07/2022)	
*Orvieto	ambito: Orvieto, Porano - con obbligo ambulatorio principale nel comune di Orvieto (dal 20/10/2022)	

** per le carenze contraddistinte con un asterisco, la procedura di copertura avrà decorrenza a partire dalla data indicata e dovrà concludersi con l'apertura dell'ambulatorio nei termini previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali pena la decadenza dal diritto all'assegnazione della carenza.*

Modulo AP-3

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale

conseguito il _____ presso la Regione _____

(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2021)

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

A.P.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, 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 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)

A.P.

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 _____

Periodo: dal _____

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 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 _____

A.P.

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 _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

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"

La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI**

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso CA - Avviso di pubblicazione dei posti vacanti di continuità assistenziale presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevati alla data del 31 marzo 2022.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn.4495/97, 1609/99, in attuazione dell'art.63 dell'ACN per la Medicina Generale del 23/03/05 e s.m.i. (successivamente modificato dall'Art.6 dell'ACN per la Medicina Generale siglato in data 21/06/2018) e nella DGR n.1226/2019, si pubblica l'elenco degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art.64 del vigente A.C.N. per la Medicina Generale e da attribuirsi secondo le modalità stabilite dall'art. 63, così come sostituito dall'art. 6 dell'A.C.N – MMG – 21/06/2018

Azienda USL Umbria 1 – Sede Perugia

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Continuità Assistenziale	65	Ambito Aziendale

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

<i>ATTIVITA'</i>	<i>POSTI</i>	<i>AMBITO TERRITORIALE</i>
Continuità Assistenziale	45	Ambito Aziendale
Continuità Assistenziale	13	Istituti Penitenziari ricadenti in Ambito Aziendale

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Le tipologie di medici che potranno presentare domanda con la presente pubblicazione sono le seguenti:

1. i medici in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale da almeno due anni in un 'Azienda della Regione Umbria e quelli titolari in un'Azienda di altra regione da almeno tre anni;

2. i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2022 - pubblicata su B.U.R.U. n.2 del 11/01/2022 – serie avvisi e concorsi;
3. i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza (31/01/2021) della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2022 autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per gli incarichi vacanti.

ORDINE DI PRIORITA'

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art.6 dell' A.C.N. - MMG del 21/06/2018 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento (art.6 c.3 lettera a):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale titolari da almeno due anni in un'Azienda della Regione Umbria e quelli titolari in un'Azienda di altre regione da almeno tre anni, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda ed i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1 dell'A.C.N. - MMG - 23/03/05 e s.m.i.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore metà, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea (articolo 5 comma 8) .

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN – MMG – 23/03/2005 e s.m.i., i medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito nell'art.6 comma 19 dell'ACN – MMG del 21/06/2018, Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'A.C.N. 23/03/2005 e s.m.i. - articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (art.6 c.3 lettera b): i medici inclusi nella graduatoria unica di medicina generale della Regione Umbria valida per l'anno 2022 pubblicata sul B.U.R.U. – serie avvisi e concorsi n.2 del 11/01/2022 graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (azienda) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2022).

Per l'assegnazione degli incarichi ai medici inclusi nella graduatoria regionale, in virtù di quanto previsto nell'art.6 comma 11 dell'ACN viene riservata una percentuale di assegnazione, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, e precisamente:

- 80% del numero totale degli incarichi pubblicati (al netto di quelli assegnati per trasferimento), a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- 20% del numero totale degli incarichi pubblicati (al netto di quelli assegnati per trasferimento) a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale (abilitazione conseguita entro il 31/12/1994).

Qualora, per carenza di domande, non vengano assegnati tutti gli incarichi spettanti ad una delle due riserve, essi verranno assegnati all'altra;

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa;

- c) (art.6 c.3 lettera c): i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2021) valida per l'anno 2022), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.

Tali medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e anzianità di laurea, con priorità per i residenti nell'ambito Aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione (A.C.N. – MMG 21/06/2018 norma transitoria n.2).

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti

Le graduatorie verranno formulate ed utilizzate per l'assegnazione degli incarichi vacanti, ai medici nel rispetto delle priorità sopraindicate:

- 1° per trasferimento (art. 6 c. 3 lettera a);
- 2° per graduatoria (art.6 c.3 lettera b) medici inclusi nella graduatoria della Regione Umbria;
- 3° medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2021) valida per l'anno 2022 (art.6 c.3 lettera c).

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto.

La sottoscrizione della domanda e del modulo di autocertificazione non sono soggetti ad autenticazione qualora presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

**Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici:
0744/204880 Francesco Lavecchia Di Tocco - 075/8858237 Marchetti Donatella – 0758858257 Angeloni Daniela).**

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0233 (Gratuito)

Modulo CA-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo
indeterminato di Continuità Assistenziale
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 3, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	
Continuità Assistenziale	Istituti Penitenziari ricadenti in Ambito Aziendale	

Modulo CA-1

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____
con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);
- B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di continuità Assistenziale presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale
di _____ della Regione _____ dal _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1 A.C.N. MMG 23/03/2005 e s.m.i.);
- D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale come di seguito elencato:
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.18, comma 1 ACN per la MMG del 23/03/05 e s.m.i.);
- E) di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art.34 comma 5 lettera a) A.C.N. MMG 23/03/2005 e s.m.i., ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza

Modulo CA-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)
PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022**

Art.6 comma 3 lettera b) dell' A.C.N. MMG del 21/06/2018

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria Anno 2021 al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.6 comma 3, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale

AZIENDA USL UMBRIA 2	
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale
Continuità Assistenziale	Istituti Penitenziari ricadenti in Ambito Aziendale

Modulo CA-2

In osservanza di quanto previsto dall'art. 6 comma 13 dell'ACN per la MMG chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, **barrando una sola (pena esclusione) delle caselle sotto indicate:**

- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91, 368/99 e 277/2003
- ☐ Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (abilitazione professionale conseguita entro il 31/12/1994)

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno 2022, il medico che abbia accettato l'incarico.

Modulo CA-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022**

**che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta
graduatoria (31/01/2021)**

Art.6 comma 3 lettera c) dell' A.C.N. MMG del 21/06/2018

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.6 comma 3, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	☐

AZIENDA USL UMBRIA 2		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	☐
Continuità Assistenziale	Istituti Penitenziari ricadenti in Ambito Aziendale	☐

Modulo CA-3

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

3. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale

conseguito il _____ presso la Regione _____

(successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria valida per l'Anno 2022)

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

C.A.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, 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 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)

C.A.

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 _____

Periodo: dal _____

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 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 _____

C.A.

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 _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il _____

Presso la Regione _____ triennio _____ / _____

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"

La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000. Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 2
TERNI**

SERVIZIO: UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso PLS - Avviso di pubblicazione delle zone carenti di pediatria di libera scelta presso le Aziende U.S.L. della Regione Umbria rilevate al 31 marzo 2022.

Ai sensi di quanto stabilito nelle DD.GG.RR Umbria nn.4495/97, 1609/99, in attuazione dell'art.33 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15/12/2005 e s.m.i. (successivamente modificato dall'Art. 4 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta siglato in data 21/06/2018), si pubblica l'elenco delle zone carenti di Pediatria di Libera Scelta, individuate dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art.32 del vigente A.C.N. per la Medicina Pediatrica di Libera Scelta e dell'A.I.R. 28/06/2007 approvato con D.G.R.U. n. 1164 del 09/07/2007:

Azienda USL Umbria 2 – Sede Terni

<i>AMBITO TERRITORIALE</i>	<i>POSTI</i>
Distretto di Foligno – con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	1

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Ai sensi e agli effetti delle disposizioni normative vigenti, possono concorrere al conferimento degli incarichi per le zone carenti sopra indicate, i sotto elencati medici

per trasferimento

1. i medici Pediatri in possesso dei requisiti per il trasferimento, ovvero i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta nella Regione Umbria iscritti da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione;

per graduatoria

2. i medici Pediatri inclusi nella graduatoria della Regione Umbria - Pediatria di Libera Scelta - valida per l'anno 2022 - pubblicata sul BURU n.2 del 11/01/2022 - serie avvisi e concorsi .

per possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti

3. i medici Pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2021) valida per l'anno 2022 **autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.**

Tali pediatri concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria della Regione Umbria - Pediatria di Libera Scelta – valida per l'anno 2022.

Procedimento di formazione delle graduatorie per l'assegnazione delle carenze

Per il conferimento degli incarichi si applicano le norme di cui all'art. 4 dell' A.C.N. – PLS del 21/06/2018 che prevedono il rispetto del seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento (art.4 c.4 lettere a) e b):** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta nella Regione Umbria iscritti da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e da almeno quattro anni in un elenco di altra Regione, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di Pediatria di Libera Scelta, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1 dell'A.C.N. - PLS - 15/12/2005 e s.m.i.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di scadenza per la presentazione della domanda degli ambiti territoriali carenti pubblicati nel B.U.R.U.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore metà.

Ai sensi dell'art. 15 dell'ACN – PLS – 15/12/2005 e s.m.i., i medici già titolari d'incarico di pediatria di libera scelta a a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Ai sensi di quanto stabilito nell'art.4 comma 16 dell'ACN – PLS del 21/06/2018, Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) per graduatoria (art.4 c.5 lettera c): i medici inclusi nella graduatoria della Regione Umbria – Pediatria di Libera Scelta – valida per l'anno 2022, graduati nell'ordine risultante dall'applicazione dei seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente (distretto) per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2018) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione Umbria da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (31/01/2018) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Il medico che accetta l'incarico non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla medesima graduatoria regionale (anno 2021).

c) (art.4 c. 5 lettera d): i medici che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale **(31/01/2021) valida per l'anno 2022, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti.**

Tali medici sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità per i residenti nell'ambito carente (Distretto), nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici aspiranti al conferimento dell'incarico dovranno presentare apposita domanda (in regola con l'imposta di bollo) **esclusivamente tramite PEC** al seguente indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it

Le domande devono pervenire, utilizzando i moduli allegati, all'Ufficio Centrale Regionale presso l'Azienda USL Umbria 2 entro venti giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Umbria.

Non verranno considerate valide le domande inoltrate oltre il termine di scadenza sopra indicato e con modalità diverse dall'invio tramite PEC, quale ne sia la causa.

Alla domanda gli aspiranti dovranno allegare apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio utilizzando il modulo all'uopo predisposto.

La sottoscrizione della domanda e del modulo di autocertificazione non sono soggetti ad autenticazione qualora presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 REG. EU 679/2016

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la Azienda USL Umbria 2, nella sua qualità di titolare del trattamento, mette a disposizione dei partecipanti le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 all'indirizzo internet <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Per informazioni gli interessati potranno telefonare ai seguenti numeri telefonici: 0744/204880 Francesco Lavecchia Di Tocco - 075/8858237 Marchetti Donatella – 075/8858257 Angeloni Daniela).

L'UFFICIO CENTRALE REGIONALE

T/0234 (Gratuito)

Modulo PLS-1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ titolare di incarico a tempo

indeterminato di pediatria di Libera Scelta

Email _____

PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 4 comma 4, lett. a) e b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Foligno	Con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci (in virtù di quanto stabilito dall'Art.76 del DPR 445/2000), ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

A) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'università degli studi di _____ in data _____

con voto _____ (Specificare se il voto è espresso sul massimo di 100 oppure 110);

B) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;

Modulo PLS-1

C) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di _____ ambito

territoriale di _____ della Regione _____

dal _____ (detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1 A.C.N. – PLS 15/12/2005 e s.m.i);

D) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta come di seguito elencato:

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____
(detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art.18, comma 1 ACN - PLS del 15/12/05 e s.m.i.);

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B

Il medico che concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente, avvalendosi della facoltà di cui all'art.33 comma 2 lettera a) A.C.N. PLS 15/12/2005 e s.m.i., ed accetta l'incarico decade dall'iscrizione nell'elenco della USL di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Modulo PLS-2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)
PER I MEDICI PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022 - PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
Art.4 comma 5 lettera c) dell' A.C.N. PLS del 21/06/2018**

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
inserito nella Graduatoria della Regione Umbria per la Pediatria di Libera Scelta **Anno 2022**
al n. _____ con punti _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.4 comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**)

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Foligno	Con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

Modulo PLS-2

2. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ con voto ____/____
4. di essere in possesso del diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____ (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. conseguito presso l'Università degli Studi di _____
_____ in data _____ con voto ____/____

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

N.B. è cancellato dalla graduatoria regionale valida per l'anno 2022, il medico che abbia accettato l'incarico.

Modulo PLS-3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**PER I MEDICI NON PRESENTI NELLA GRADUATORIA DELLA REGIONE UMBRIA
ANNO 2022**

**che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria (o discipline equipollenti) successivamente alla data di scadenza della domanda di inclusione in detta graduatoria (31/01/2021)
Art.4 comma 5 lettera d) dell' A.C.N. PLS del 21/06/2018**

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.4 comma 5, lett. d) dell'ACN - PLS del 21/06/2018, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la pediatria di libera scelta pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 2		
DISTRETTO	AMBITO	
Foligno	Con obbligo di ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

Modulo PLS-3

2. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
3. di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria conseguito presso l'Università degli Studi di _____
in data _____ con voto ____ / ____
corso di specializzazione iniziato il _____ e terminato il _____
4. di essere in possesso del diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____ (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. conseguito presso _____
l'Università degli Studi di _____
in data _____ con voto ____ / ____
corso di specializzazione iniziato il _____ e terminato il _____

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

PLS

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art.47 D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)

Il sottoscritto Dott. _____
 nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____
 iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ ai
 sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, 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 incarico 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 convenzionato di pediatria di libera scelta ai sensi dell'ACN del 15/12/2005 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: (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.....

PLS

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 del D.Lgs 9 aprile 2008 n.81:

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.....

PLS

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.....

15. essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i.

specificare specializzazione.....
Conseguito il.....presso l'Università di.....

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".

La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

