

Comunicato regionale 7 ottobre 2013 - n. 118**Direzione generale Salute - Pubblicazione ordinaria e straordinaria ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e di pediatria di famiglia, ore carenti di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale relativi al 1° semestre 2013**

Ai sensi degli articoli 34 e 63, comma 1, e dell'articolo 92, comma 3, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, e ai sensi dell'articolo 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e Pediatria di Libera Scelta e le ore vacanti di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale rilevati dalle Aziende Sanitarie Locali e dall'Azienda Ospedaliera nel 1° semestre 2013.

A pena di esclusione

Le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al BURL, dovranno pervenire alle Aziende Sanitarie Locali e all'Azienda Ospedaliera competenti per territorio entro e non oltre il **31 ottobre 2013 (non si terrà conto del timbro postale)**.

Sommario

- Ambiti Territoriali carenti di Assistenza Primaria
- Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia
- Ore vacanti di Continuità Assistenziale
- Ore vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale
- Fac-simili domande e dichiarazioni informative
- Indirizzi ASL e AO della Lombardia

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.sanita.regione.lombardia.it, sotto la voce Area Corsi, Concorsi e Graduatorie; i fac-simili delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Il dirigente della struttura medicina convenzionata territoriale,
educazione continua in medicina, professioni sanitarie
Roberta Brenna

Ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria relativi al 1° semestre 2013**ASL di Bergamo**

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Bergamo, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone, Gorle, Orio al Serio Apertura n. 1 ambulatorio nel comune di Sorisole - Apertura n. 1 ambulatorio nel comune di Torre Boldone	2
Albano Sant'Alessandro, Pedrengo, Torre dè Roveri, Scanzorosciate	1
Grumello del Monte, Chiuduno, Telgate, Castelli Calepio Apertura ambulatorio nel comune di Telgate	2
Cavernago, Calcinate, Bolgare, Mornico al Serio, Palosco Apertura ambulatorio nel comune di Palosco	1
Trescore Balneario, Cenate Sopra, Cenate Sotto, S. Paolo d'Argon, Entratico, Luzzana, Zandobbio, Carobbio degli Angeli, Gorlago Apertura n. 1 ambulatorio nel comune di Trescore Balneario - Apertura n. 1 ambulatorio nel comune di Cenate Sotto	3
Berzo San Fermo, Borgo di Terzo, Grone, Vigano San Martino, Bianzano, Casazza, Gaverina, Monasterolo, Spinone Al Lago, Endine Gaiano, Ranzanico	1
Sarnico, Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Viadanica, Predore, Tavernola Bergamasca, Villongo, Gandosso, Foresto Sparso, Credaro, Vigolo, Parzanica	1
Alzano Lombardo, Ranica, Villa di Serio	1
Albino, Pradalunga	2
Piazza Brembana, Lenna, Valnegrà, Roncobello, Moio dè Calvi, Branzi, Carona, Valleve, Foppolo, Isola di Fondra Apertura ambulatorio nel comune di Branzi	1
Ambivere, Brembate Sopra, Mapello	1
Bonate Sopra, Bonate Sotto, Chignolo d'Isola, Madone, Terno d'Isola	1
Arcene, Brignano Gera D'Adda, Castel Rozzone, Lurano, Pagazzano	1
Canonica d'Adda, Pontirolo Nuovo Apertura ambulatorio nel comune di Pontirolo Nuovo	1
Fornovo S. Giovanni, Mozzanica	1
Arzago d'Adda, Casirate d'Adda, Treviglio Apertura ambulatorio nel comune di Treviglio	2
Pognano, Spirano	1
Covo, Fara Olivana con Sola, Antegnate, Isso, Barbata, Fontanella Apertura ambulatorio nel comune di Fontanella	1
Bariano, Morengo, Romano di Lombardia	2
Martinengo, Cortenuova, Civate al Piano	1
Ghisalba, Cologno al Serio	1

Serie Avvisi e Concorsi n. 42 - Mercoledì 16 ottobre 2013

ASL di Brescia

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Brescia, Collebeato	3
Ospitaletto, Travagliato, Torbole Casaglia, Berlingo, Roncadelle, Castelmella	2
Gussago, Cellatica, Rodengo Saiano, Castegnato, Ome (obbligo apertura nel Comune di Gussago)	1
Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento, (obbligo apertura nel Comune di Rezzato)	1
Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento, (obbligo apertura nel Comune di Mazzano)	2
Lumezzane	2
Gardone Val Trompia, Polaveno, Brione (obbligo apertura nel Comune di Polaveno)	1
Sarezzo	1
Concesio	1
Nave, Bovezzo, Caino	1
Adro, Capriolo	1
Cologne, Erbusco (obbligo apertura nel Comune di Erbusco)	1
Palazzolo s/Oglio, Pontoglio (obbligo apertura nel Comune di Palazzolo s/Oglio)	1
Palazzolo s/Oglio, Pontoglio (obbligo apertura nel Comune di Pontoglio)	1
Borgo San Giacomo, Villachiara, Quinzano, San Paolo	1
Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello, Visano	5
Manerba, Moniga, Padenghe, Polpenazze, Soiano, Puegnago	1
Muscoline, Prevalle (obbligo apertura ambulatorio nel Comune di Muscoline)	1

ASL di Como

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Asso, Barni, Caglio, Civenna, Lasnigo, Magreglio, Rezzago, Sormano, Valbrona.	1
Carbonate, Locate Varesino, Mozzate.	1
Como, Blevio, Brunate, Senna Comasco.	2

ASL di Cremona

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
CREMONA EST	1

ASL di Lecco

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Barzago, Barzanò, Casatenovo, Cassago Brianza, Cremella, Missaglia, Monticello Brianza, Sirtori e Viganò Apertura ambulatorio nei Comuni di Barzanò e Viganò.	1
Bosisio Parini, Cesana Brianza, Rogeno e Suello	1

ASL di Mantova

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Asola, Casalmoro, Mariana, Canneto, Acquanegra, Casalromano	1
Castelgoffredo, Casaloldo, Gazoldo, Ceresara, Piubega, Redondesco Apertura ambulatorio nel comune di Castelgoffredo	1
Castiglione Stiviere, Solferino, Cavriana, Medole, Guidizzolo, Ponti sul Mincio, Monzambano, Volta Mantovana, Goito Apertura ambulatorio nel comune di Volta Mantovana	1
Castelbelforte, Castel D'Ario, Bigarello, Villimpenta, San Giorgio, Porto Mantovano, Roverbella, Marmirolo Apertura ambulatorio nel comune di Marmirolo (frazione Pozzolo)	1
Ostiglia, Pieve di Coriano, Revere, Serravalle, Sustinente, Poggio Rusco, Magnacavallo, San Giovanni, Schivenoglia, Villa Poma, Quistello, Quingentole, San Giacomo, Sermide, Borgofranco, Carbonara, Felonica Apertura di 2 ambulatori nel comune di Quistello e 1 nel comune di Revere	3

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Suzzara, Motteggiana, Gonzaga, Moglia, Pegognaga, San Benedetto Po Apertura ambulatorio nel comune di Suzzara	1
Viadana, Commessaggio, Dosolo, Pomponesco, Sabbioneta, Bozzolo, Gazzuolo, Marcaria, Rivarolo, San Martino	1

ASL di Milano

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Milano Distretto 2 - zona 9	3
Milano Distretto 3 - zona 3	1
Cinisello Balsamo Distretto 7	1

ASL di Milano 1

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Bollate - Baranzate - Novate Milanese	1
Arese - Lainate	1
Cornaredo - Pogliano M.se - Pregnana M.se - Settimo M.se - Vanzago	4
Legnano - Rescaldina	2
Cerro Maggiore - Nerviano - Parabiago - San Vittore Olona	2
Castano Primo - Magnago - Robecchetto - Turbigo - Vanzaghella - Nosate Apertura ambulatorio nel comune di Magnago	1
Arluno - Bareggio - Ossona - Casorezzo - S.Stefano T. - Sedriano - Vittuone	1
Boffalora - Corbetta - Magenta - Marcallo con Casone - Mesero - Robecco	2
Abbiategrosso - Besate - Morimondo - Motta Visconti - Ozzero di cui n. 1 apertura ambulatorio nel comune di Motta Visconti	2
Albairate - Calvignasco - Cislano - Gaggiano - Rosate - Vermezzo - Bubbbiano - Cassinetta di Lugagnano - Gudo Visconti - Zelo Surrigione di cui n. 1 apertura ambulatorio nel comune di Gudo Visconti	2

ASL di Milano 2

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
San Donato Milanese	1
San Giuliano Milanese	1
Segrate	1
Binasco - Casarile - Noviglio - Vernate	1
Vaprio d'Adda	1

ASL di Monza e Brianza

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Lissone	1
Desio	1
Giussano	1
Vimercate - Burago di Molgora	1

ASL di Pavia

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Albuzzano, Belgioioso, Filighera, Torre de' Negri	1
Albonese, Cilavegna, Nicorvo, Parona	1
Bascapè, Landriano, Marzano, Torrevecchia Pia	2
Borgarello, Certosa, Giussago, Vellezzo Bellini, Rognano	1
Borgo san Siro, Ottobiano, San Giorgio, Tromello	1

Serie Avvisi e Concorsi n. 42 - Mercoledì 16 ottobre 2013

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Bornasco, Zeccone, Siziano, Vidigulfo	1
Cassolnovo, Gravellona	1
Cava Manara, Sommo, Zinasco, Mezzana Rabattone	1
Cecima, Ponte Nizza, Val di Nizza, Codevilla, Godiasco, Montesegele, Retorbido, Rivanazzano, Rocca Susella, Torrazza Coste	1
Chignolo Po, Miradolo Terme, Monticelli Pavese, Badia Pavese, Pieve Porto Morone	1
Copiano, Vistarino, Gerenzago, Inverno e Monteleone, Maghero, Torre d'Arese, Villanterio	1
Cura Carpignano, Roncaro, Lardirago, Sant'Alessio con Vialone, Ceranova	2
Vigevano	2
Voghera	1

ASL di Sondrio

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Comune di Livigno Apertura ambulatorio in Frazione Trepalle	1
Distretto di Tirano	2

ASL di Varese

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Besano, Brusimpiano, Cuasso al Monte, Porto Ceresio	1
Gorla Maggiore, Gorla Minore, Marnate	1
Brescia, Malgesso, Monvalle, Besozzo	1
Gallarate	2
Cassano Magnago, Cairate	1
Cadrezzate, Osmate, Travedona Monate, Ispra	1
Cardano al Campo	1
Somma Lombardo, Vizzola Ticino, Golasecca Apertura ambulatorio preferibilmente nel comune di Vizzola Ticino	1
Arsago Seprio, Besnate, Casorate Sempione	1
Lonate Ceppino, Tradate	1
Castelseprio, Castiglione Olona, Gornate Olona	1

ASL della Vallecamonica Sebino

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N° POSTI
Angolo Terme, Artogne, Darfo Boario Terme, Gianico, Piancamuno, Pisogne	1

Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta relativi al 1° semestre 2013
ASL di Bergamo

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N° POSTI
S. Giovanni Bianco, Camerata Cornello, S. Pellegrino Terme, Dossena, Taleggio, Veduggio	1

ASL di Brescia

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N° POSTI
Tignale, Limone, Tremosine, Magasa, Valvestino (obbligo apertura ambulatorio nel Comune di Tremosine)	1
Barbariga, Dello, Longhena, Brandico, Mairano, Lograto, Maclodio, Corzano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Borgo S. Giacomo, Villachiara, Quinzano, S. Paolo (obbligo apertura ambulatorio nel Comune di Pompiano)	1
Cigole, Pavone Mella, Milzano, Pralboino, Seniga, Leno, Bagnolo Mella	1

ASL di Como

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N° POSTI
Bene Lario, Carlazzo, Cavargna, Claino con Osteno, Colonno, Corrido, Cusino, Grandola ed Uniti, Griante, Lenno, Menaggio, Mezzegra, Ossuccio, Plesio, Porlezza, Sala Comacina, S. Siro, S. Bartolomeo Val Cavargna, S. Nazaro Val Cavargna, Tremezzo, Val Rezzo, Valsolda.	1

ASL di Mantova

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Asola, Casalmorano, Mariana Mantovana, Casalmoro, Acquanegra, Canneto, Gazoldo Ippoliti, Redonesco, Piubega, Castelfreddo, Casaloldo, Ceresara Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Gazoldo Ippoliti	1

ASL di Milano

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Milano Distretto 2 - zona 8	1

ASL di Monza e Brianza

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Bernareggio - Aicurzio - Ronco Briantino - Sulbiate - Bellusco - Mezzago - Ornago - Cavenago di Brianza	1

ASL di Sondrio

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N° POSTI
Distretto di Bormio Apertura ambulatorio nel comune di Sondalo	1

ASL di Varese

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N° POSTI
Samarate, Gallarate, Cassano Magnago, Cairate Apertura ambulatorio nel comune di Samarate	1
AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Busto Arsizio	1

Ore carenti di Continuità Assistenziale relative al 1° semestre 2013

ASL DELLA LOMBARDIA	N. Ore Carenti
ASL di Bergamo	3.432
ASL di Brescia	4.824
ASL di Como	1.632
ASL di Cremona	3.640
ASL di Lecco	3.744
ASL di Lodi	792
ASL di Mantova	1.488
ASL di Milano	5.688
ASL di Milano 1	3.592
ASL di Milano 2	144
ASL di Monza e Brianza	2.376
ASL di Pavia	1.656
ASL di Sondrio	504
ASL di Varese	1.416

ASL della Vallecamonica - Sebino	264
Ore carenti nel servizio di emergenza sanitaria territoriale relative al 1° semestre 2013	
A.O. DELLA LOMBARDIA	N. Ore Carenti
A.O. della Valtellina e della Valchiavenna	114



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____
 nato a _____ Prov. _____ il _____
 codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
 via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____
 A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della
 Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di
 settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2013**, laureato
 dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia ... n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'accordo collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
 indirizzo _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.

Data..... Firma per esteso.....



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Assistenza Primaria (Per trasferimento)

Bollo
€ 16,00

All' Azienda Sanitaria Locale di _____

Il sottoscritto Dott. _____
 nato a _____ Prov. _____ il _____
 codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
 via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
 residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo
 indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____
 per l'ambito territoriale _____ della
 Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari
 a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.
 Allega inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
 indirizzo _____

Data..... Firma per esteso.....



*Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatria di Libera Scelta(Per Graduatoria)*

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L.
di residenza _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di
settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta **valida per l'anno 2013**, laureato
dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale

Ambito territoriale

Ambito territoriale

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

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

Data..... Firma per esteso.....



*Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatria di Libera Scelta (Per trasferimento)*

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per
la Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito
territoriale _____ della
Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Pediatria di Libera Scelta pari
a mesi _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta,
per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai
sensi dell'articolo 33, comma 2, lettere a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta e l'anzianità
complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allego inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data..... Firma per esteso.....



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Continuità Assistenziale (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L.
di residenza _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di
settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2013**, laureato
dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Allega alla presente il certificato storico di residenza o autocertificazione.

Data..... Firma per esteso.....



*Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Continuità Assistenziale (Per trasferimento)*

Bollo € 16,00

All' Azienda Sanitaria Locale di _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per
la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ della Regione
_____ dal _____ e con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a
mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
 Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data..... Firma per esteso



*Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Graduatoria)*

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Ospedaliera ...

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____
A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di
settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2013**, laureato
dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di
assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia
n. _____ del _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda _____ della
Regione _____

Il sottoscritto dichiara, altresì, di **essere/non essere** * in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza
(*cancellare la voce non d'interesse).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva Allegato L ai sensi dell'art.
92 comma 14.

Data.....

Firma per esteso



*Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Trasferimento)*

Bollo € 16,00

All'Azienda Ospedaliera ...

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ Residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo
indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di
della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria
Territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 92 comma 5 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in Emergenza Sanitaria Territoriale.

Allega inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'allegato L ai sensi dell'art. 92 comma 14.

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

La propria residenza

Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso.....

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA MEDICINA GENERALE**

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di....., ai
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di..... Tipo di rapporto di lavoro.....
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)
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 partecipante 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
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

Serie Avvisi e Concorsi n. 42 - Mercoledì 16 ottobre 2013

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

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"

_____ • _____

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato I dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei..... della Provincia di....., ai

sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come 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 di Medicina Generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico di Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione.....
 o in altra Regione (2): Regione..... A.S.L. ore sett..... in
 forma attiva -in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
 Organismo..... ore sett.....
 Via..... Comune di Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
 Organismo..... ore sett.....
 Via..... Comune di Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi 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 rapporto di attività.....
Periodo: dal.....

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

.....
.....
Periodo: dal.....

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

Periodo: dal.....

NOTE

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

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".

_____ • _____

Autentica della sottoscrizione

(Timbro)

L'anno duemila_____ addì _____ del mese di _____ è comparso _____ l' _____ Signor _____ della cui identità sono certo per _____ l' _____ quale, dopo essere stato _____ da me ammonit _____ sulla respon-sabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)

_____ • _____

Elenco indirizzi Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere della Lombardia per la presentazione delle domande

A.S.L. e A.O.	INDIRIZZO	N. TELEFONO
BERGAMO	Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale Unità Operativa Convenzioni Via Galliccioli, 4 24121 BERGAMO	035 – 385043/385174
BRESCIA	Dipartimento Cure Primarie Edificio 2 - Viale Duca degli Abruzzi, 15 25128 BRESCIA	030 – 3839324
COMO	UOC Gestione Risorse Umane Personale Convenzionato Via Pessina, 6 22100 COMO	031 – 370969
CREMONA	Dipartimento Cure Primarie Via San Sebastiano 14 26100 CREMONA	0372 – 497407 / 497376
LECCO	Dipartimento delle Cure Primarie C. So Carlo Alberto, 120 23900 LECCO	0341 – 482240
LODI	Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale Piazza Ospitale, 10 26900 LODI	0371 – 5874460
MANTOVA	Dipartimento Cure Primarie Via dei Toscani, 1 46100 MANTOVA	0376 – 334545
MILANO	Dipartimento SSB Cure Primarie ss. Amm.ne Personale Convenzionato Corso Italia , 19 20122 MILANO	02 – 85782344 – 40
MILANO 1	Dipartimento Cure Primarie - Ufficio Convenzioni Via Per Cesate 62 20024 GARBAGNATE MILANESE/MI	Domande ambiti MMG/PDF 02 - 49510.407/49510.408 Domande Continuità Assistenziale 02 - 49510.406
MILANO 2	Dipartimento Cure Primarie Serv. Assistenza Medica di Base e Convenzioni Via Turati, 4 20063 CERNUSCO SUL NAVIGLIO	02 – 92654414/4413 Domande ambiti MMG/PDF Domande Continuità Assistenziale 02 – 92654415
MONZA E BRIANZA	Dipartimento delle Cure Primarie e Gestione del Territorio Viale Elvezia, 2 20900 Monza	CA / PDF tel. 039 2384883 MMG tel. 039 2384846/850/837
PAVIA	Dipartimento Cure Primarie Viale Indipendenza, 3 27100 PAVIA	0382 – 432324
SONDRIO	Dipartimento Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO per domande MMG CA, PDF	0342 – 555715 0342 – 555868
VALLECAMONICA	Dipartimento Cure Primarie Via Nissolina, 2 25043 BRENO – BS	0364 – 329217
VARESE	Via Ottorino Rossi, 9 21100 VARESE	0332 – 277439
A.O. VALTELLINA VALCHIAVENNA	Direzione medica Presidio Ospedale di Sondrio Via Stelvio, 25 23100 Sondrio per domande MET	tel. 0342 521541 fax 0342 521368