

**AVVISO PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DEI
MEDICI TITOLARI DI INCARICO O CON INCARICO TEMPORANEO**

ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 04.04.2024

Distretti/Ambiti carenti di medico del ruolo unico di assistenza primaria		
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TARANTO		
VIALE VIRIGILIO, N. 31		
P.E.C.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it		
DISTRETTO	COMUNE	Incarichi RUAP da assegnare
1	CASTELLANETA (LOCALITA' CASTELLANETA MARINA)	1
1	CASTELLANETA	N. 3 DI CUI 1 DAL 12/07/2025 E 1 DAL 21/07/2025
1	PALAGIANELLO	N. 1 DAL 05/09/2025
1	GINOSA (LOCALITA' MARINA DI GINOSA)	2
1	GINOSA	2
1	LATERZA	N. 1 DAL 20/08/2025
2	MASSAFRA	1
2	PALAGIANO	1
2	STATTE	1
UNICO	TARANTO AFT 1 (TALSANO)	N. 1 DAL 17/07/2025
UNICO	TARANTO AFT 2 (SOLITO-BORGO)	2
UNICO	TARANTO AFT 3 (MONTEGRANARO-SOLITO)	2
UNICO	TARANTO AFT 4 (MONTEGRANARO-SALINELLA)	N. 3 DI CUI 1 DAL 01/07/2025
UNICO	TARANTO AFT 5 (TAMBURI-PAOLO VI)	8
UNICO	TARANTO AFT 6 (SOLITO-BORGO)	4
5	CRISPIANO	1
5	MARTINA FRANCA	N. 3 DI CUI 1 DAL 01/08/2025
6	CAROSINO	1
6	1° AGGREGAZIONE (Monteiasi-Montemesola) ZONA MONTEIASI	1
6	SAN GIORGIO JONICO	N. 1 DAL 29/06/2025
6	PULSANO	1
6	GROTTAGLIE	4
6	SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE	1
7	FRAGAGNANO	N. 3 DI CUI 1 DAL 02/08/2025
7	MANDURIA	N. 4 DI CUI 1 DAL 01/09/2025
7	3° AGGREGAZIONE (Maruggio - Torricella) ZONA MARUGGIO	1
7	3° AGGREGAZIONE (Maruggio - Torricella) 1 ZONA TORRICELLA	1
7	SAVA	1

TOTALE

56

Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato o temporaneo, l'Azienda propone, in caso di carenza assistenziale e prima della pubblicazione degli ambiti carenti:

1. Il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024.
2. Il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso codesta Azienda, ai sensi dell'art. 31, comma 3, ACN 4/4/2024, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.
3. La mobilità intra-aziendale, ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4/04/2024, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza.

Il passaggio al ruolo unico non comporta un'interruzione del rapporto di convenzione in essere con il SSN, in quanto trattasi di cambio di qualifica in applicazione dell'ACN 04.04.2024.

A. REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono presentare domanda per il punto 1 (ai sensi dell'art. 32 co.8):

- a) I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato e di incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in ambito carente (rilevato e attestato nell'avviso da pubblicarsi sul sito aziendale); i medici con incarico temporaneo partecipano in subordine rispetto ai medici incaricati a tempo indeterminato.

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono graduati sulla base della maggiore anzianità di incarico nell'ambito e, successivamente, in Azienda. In caso di pari anzianità i medici sono graduati secondo i criteri di cui all'articolo 34, comma 11 ACN (la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea). I medici titolari di incarico temporaneo sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari posizione sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Ai medici incaricati a tempo indeterminato/temporaneo che risulteranno utilmente collocati in graduatoria e assegnatari di incarico a seguito di accettazione, l'Azienda conferisce l'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) mediante il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, rispettivamente come disciplinato dall'articolo 38, comma 1 e dall'art. 38, comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

- b) I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato e di incarico temporaneo del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario (24 ore) in un ambito carente (rilevato e attestato nell'avviso da pubblicarsi sul sito aziendale);

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono graduati sulla base della maggiore anzianità di incarico nell'ambito e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità i medici sono graduati secondo i criteri di cui all'articolo 34, comma 11 ACN MMG (la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea).

I medici titolari di incarico temporaneo sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari posizione sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato e di incarico temporaneo che risulteranno utilmente collocati in graduatoria e assegnatari a seguito di accettazione, l'Azienda conferirà l'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP), rispettivamente mediante il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali e fino a 24 ore settimanali, con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 1 e di cui all'art. 38, comma 9, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico

assistenziale. L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria.

Possono presentare domanda per il punto 2 (ai sensi dell'art. 31 co.3):

- a) I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta già operanti a tempo indeterminato presso questa Azienda in un ambito carente (rilevato e attestato nell'avviso da pubblicarsi sul sito aziendale); e titolare di concomitante incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario in altra ASL anche di altra Regione;

I medici sono graduati sulla base della maggiore anzianità di incarico nel proprio ambito carente e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità i medici sono graduati con i criteri di cui all'articolo 34, comma 11 ACN (la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea).

Ai medici che risulteranno assegnatari a seguito di accettazione, l'Azienda conferirà l'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) mediante il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale, al fine della riconduzione ad un unico ambito dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni.

L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria come disciplinato dall'art. 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG.

Possono presentare domanda per il punto 3 (ai sensi dell'art. 32 co.9):

- a) I medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o a rapporto orario da almeno 2 anni presso questa Azienda;

I medici che partecipano all'assegnazione di incarico di ruolo unico di assistenza primaria per uno o più ambiti aziendali carenti (rilevati e attestati nell'avviso da pubblicarsi sul sito aziendale), sono graduati in base alla maggiore anzianità di incarico. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Ai medici che risulteranno utilmente collocati in graduatoria e assegnatari di incarico a seguito di accettazione, l'Azienda conferirà l'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) a 38 ore settimanali con impegno di contestuale apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 1, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale. Il conferimento dell'incarico avviene ai sensi dell'art.33 dell'ACN MMG.

Il medico che accetta l'incarico ai sensi della presente lettera decade da quello di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a) dell'ACN MMG 04/04/2024. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

B. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

Gli aspiranti devono presentare, entro 10 (dieci) giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso sul sito aziendale delle AASSLL, domanda mediante utilizzo dei seguenti modelli, indirizzandola alla Azienda Sanitaria Provinciale competente:

- "Allegato 1A": domanda dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 32 comma 8;
- "Allegato 2A": domanda dei medici titolari di incarico temporaneo, ai sensi dell'art. 32 comma 8;
- "Allegato B": domanda dei medici, ai sensi dell'art. 31 co.3;

- “Allegato C”: domanda dei medici, ai sensi dell’art. 32 comma 9;

La domanda, corredata di fotocopia fronte retro di documento di identità in corso di validità, deve essere inviata, esclusivamente per PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, al seguente indirizzo:

perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Si precisa che spetta ai medici titolari di doppio incarico in differenti aziende, al momento della pubblicazione dell’avviso sui siti istituzionali delle AA.SS.LL., l’individuazione dell’Azienda presso la quale effettuare il completamento dell’impegno settimanale; in tal caso verrà comunque considerata l’anzianità di servizio più favorevole al medico fra gli incarichi in essere.

C. VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

Le Aziende formuleranno le graduatorie, una per ciascuna tipologia di partecipazione, nel rispetto dei criteri indicati nel paragrafo “Requisiti di ammissione” e procederà a pubblicarla sul sito aziendale.

L’incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all’art. 31 ACN 4/04/2024 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell’attività oraria rispetto all’aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti:

Carico Assistiti	Attività oraria obbligatoria	Note
fino 400	38 ore	Sono escluse dal calcolo le scelte, nel limite del 20%, per: ricongiungimento familiari, deroga territoriale, iscrizione a termine e minori 0-6 anni
da 401 a 1.000	24 ore	
da 1.001 a 1.200	12 ore	
Da 1.201 a 1.500	6 ore	
Oltre 1.500	0 ore	

L’incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria, per il concomitante periodo di frequenza del corso, è modulato come segue:

Carico Assistiti	Attività oraria obbligatoria	Note
fino 650	24 ore	Sono considerate tutte le scelte in carico
da 650 a 1.000	12 ore	
Oltre 1.000	0 ore	

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL’ART 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016

- 1) Ai sensi e per gli effetti dell’art. 71 comma 1 d.d.p. 445/2000, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell’Offerta e Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza Ospedaliera – Gestione Rapporti Convenzionali, in quanto amministrazione procedente, si riserva la possibilità di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante in autocertificazione, con l’adozione degli adempimenti consequenziali in caso di dichiarazioni non veritiere.
- 2) Il trattamento dei dati relativi ai candidati sarà effettuato dagli uffici regionali competenti esclusivamente per le finalità previste dal presente avviso, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.
- 3) Il presente avviso verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, oltre che sul sito web istituzionale della Regione Puglia (www.regione.puglia.it).
- 4) Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, la Regione Puglia, in qualità di “Titolare” del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all’utilizzo dei suoi dati personali.

5) Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Puglia, Lungomare N. Sauro, 33 - 70100 – Bari.

6) Il Responsabile della protezione dei dati personali

Ai sensi dell'art. 37, comma 7, del RGDP si forniscono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), al quale è possibile rivolgersi per esercitare i citati diritti, secondo le modalità di cui all'art. 12 RGDP, e/o per eventuali chiarimenti in materia di protezione dei dati personali,

dott.ssa Rossella Caccavo

email: rpd@regione.puglia.it

PEC: sezaffariistituzionaligiuridici@pec.rupar.puglia.it

7) Modalità di trattamento e Responsabili del trattamento di protezione dei dati personali.

I Suoi dati personali saranno trattati, sia in forma cartacea che in formato digitale, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative volte ad assicurare adeguati livelli di sicurezza. I Suoi dati personali saranno trattati da personale interno previamente autorizzato ed adeguatamente formato. L'Ente può altresì avvalersi per il trattamento dei suddetti dati di soggetti terzi, i quali assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

8) Finalità del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di selezione di cui al presente avviso.

Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente agli organi preposti allo svolgimento della medesima procedura.

I suoi dati personali non saranno comunque trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9) Conservazione dei dati personali

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso - da instaurare o cessati - anche con riferimento ai dati che Lei fornisca di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultino eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10) I diritti dell'interessato

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

11) Conferimento dei dati

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento della presente procedura selettiva.

Il mancato conferimento dei suddetti dati comporterà l'impossibilità di partecipare alla graduatoria regionale, valevole per l'anno 2026, dei di medicina generale.

ALLEGATO "IA"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 32 CO. 8 ACN MMG 04/04/2024 PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA O A RAPPORTO ORARIO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____
tel. _____ residente a _____
Prov. _____ alla via _____ n. _____
CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____ residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, data di
laurea _____, voto di laurea _____.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

di essere titolare di:

1. incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso Codesta Azienda, nel Distretto _____ Comune di _____, a far data dal _____, individuato come carente nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data. _____.

di essere stato/a precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, presso Codesta Azienda:

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

con anzianità complessiva di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/assistenza primaria pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico all'art. 22 comma 1 dell'ACN MMG 04/04/2024 di seguito indicati:

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____
dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario a 24 ore settimanali presso Codesta Azienda, nel Distretto _____ Comune di _____, a far data dal _____, individuato come carente nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data _____.

di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario, presso Codesta Azienda:

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

con anzianità complessiva pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico all'art. 22, comma 1 dell'ACN MMG 04/04/2024 di seguito indicati:

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

dal _____ al _____ Distretto _____ Comune _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 32 co.8 dell'ACN MMG del 04/04/2024

- in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato di APS di cui al punto 1, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, come disciplinato dall'art. 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale;
- in quanto titolare di incarico a tempo indeterminato di APO di cui al punto 2, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali, con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Prende atto che l'incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria comporta il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'A.C.N. MMG 04/04/2024.

Allega: fotocopia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

ALLEGATO "2A"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 32 CO. 8 ACN MMG 04/04/2024 PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO TEMPORANEO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA O A RAPPORTO ORARIO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____
tel. _____ residente a _____
Prov. _____ alla via _____ n. _____
CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____ residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, data di
laurea _____, voto di laurea _____.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

di essere titolare di:

1. incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso codesta Azienda, nel Distretto _____ Comune di _____, a far data dal _____, individuato come carente nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data _____.
 2. di essere titolare di incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario a 24 ore settimanali presso Codesta Azienda, nel Distretto _____ Comune di _____, a far data dal _____, individuato come carente nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data _____.
- di frequentare: ☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____, istituito presso la Regione Puglia – data di inizio della frequenza del corso: _____.

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 32 co.8 dell'ACN MMG del 04/04/2024

- in quanto titolare di incarico temporaneo di APS di cui al punto 1, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario, come disciplinato dall'art. 38, comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale;

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

- in quanto titolare di incarico temporaneo di APO di cui al punto 2, l'assegnazione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) nel sopra indicato Distretto _____ Comune di _____ carente, mediante il completamento dell'incarico fino a 24 ore settimanali, con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.

Prende atto che l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria comporta il contestuale svolgimento di attività a rapporto orario e a ciclo di scelta, così come disposto dall'art 38, comma 1 dell'A.C.N. MMG 04/04/2024.

Allega: fotocopia fronte/retro di documento d'identità in corso di validità

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

ALLEGATO "B"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 31
COMMA 3, A.C.N. MMG 04/04/2024 PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E/O A RAPPORTO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____
tel. _____ residente a _____
Prov. _____ alla via _____ n. _____
CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____ residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, data di
laurea _____, voto di laurea _____.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

di essere:

titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso Codesta Azienda nel Distretto
_____ Comune di _____ a far data dal _____,
individuato come carente nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data. _____.

e

titolare di concomitante incarico di ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario di 24 ore
settimanali presso l'Azienda _____ della Regione _____.

CHIEDE**ai sensi dell'art. 31, comma 3 dell'ACN MMG 04/04/2024**

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38, comma 1 dell'Accordo
Collettivo Nazionale MMG, al fine della riconduzione presso Codesta Azienda, nel sopra indicato Distretto
_____ Comune di _____ carente, dei rapporti convenzionali sopra indica, con
contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria (RUAP).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento
d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o
qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

ALLEGATO "C"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO AI SENSI DELL'ART. 32 COMMA 9, A.C.N. MMG 04/04/2024 PER INCARICHI VACANTI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA RISERVATO AI MEDICI CON INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E/O A RAPPORTO ORARIO

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
VIA
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ c.f. _____
tel. _____ residente a _____
Prov. _____ alla via _____ n. _____
CAP _____ PEC (campo obbligatorio) _____ residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, data di
laurea _____, voto di laurea _____.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

DICHARA

di essere:

1. titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso Codesta Azienda nel Distretto _____ Comune di _____ a far data dal _____;
2. titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria a 24 ore settimanali presso Codesta Azienda nel Distretto _____ Comune di _____ a far data dal _____.

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 32 comma 9 dell'A.C.N. 04/04/2024

di partecipare alla mobilità intraaziendale per il conferimento di incarico di RUAP (ruolo unico di assistenza primaria) per i seguenti ambiti individuati carenti nell'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data _____, nel rispetto del seguente ordine di priorità di assegnazione:

Priorità	Denominazione incarico (Distretto/Ambito - Comune)
1°	
2°	
3°	
4°	

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

5°	
----	--

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data _____ (firma autenticata*) _____

(*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.