

# Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Avvisi

Avviso 25 marzo 2024

**ATTIVAZIONE PROCEDURA APP PLS . DOMANDA INSERIMENTO ELENCO APP PLS DA INCARICARE**

**REGIONE LAZIO DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE  
SOCIOSANITARIA**

**AVVISO**

**DOMANDA DI INSERIMENTO “ELENCO APP PEDIATRI DA INCARICARE”  
Anno 2024**

(Art 4 e 5 dell'allegato n. 5 all' ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 28 aprile 2022)

L'allegato 5 all'ACN della pediatria di libera scelta del 28 aprile 2022 “Disposizioni per favorire il ricambio generazionale dei pediatri di libera scelta” prevede la possibilità per il pediatra, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, di richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale.

Al fine di garantire il ricambio generazionale, come previsto dall'articolo 5 dell'allegato 5 dell'ACN PLS del 28 aprile 2022, è necessario predisporre l'**elenco APP dei pediatri da incaricare**. Pertanto, come previsto dall'articolo 4 del citato allegato n. 5, i pediatri inseriti nella graduatoria di pediatria valida **per l'anno 2024** che vogliono accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP devono presentare domanda alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria-Area Risorse umane - utilizzando il modello Allegato “C” disponibile anche sul sito della Sisac nell'Area Accordi Collettivi Nazionali.

La domanda deve essere presentata entro il 30 Aprile 2024, esclusivamente via pec all'indirizzo [arearisorseumanessr@pec.regione.lazio.it](mailto:arearisorseumanessr@pec.regione.lazio.it)

L'Elenco APP pediatri da incaricare sarà reso pubblico entro il 31 maggio 2024.

L'individuazione del pediatra da incaricare è effettuata dall'Azienda di competenza del pediatra titolare in base alle norme contenute nell'articolo 6 del citato allegato n. 5, articolo che disciplina altresì il periodo di affiancamento che precede l'avvio dell'APP.

IL DIRETTORE

Andrea Urbani

**MODULO C**

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI RICAMBIO GENERAZIONALE (APP)  
( da presentare entro il 30 aprile)

All'Assessorato alla Sanità della Regione

.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....  
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....)  
Indirizzo.....n.....Cap.....  
Telefono.....  
PEC.....e-mail.....

DICHIARA

- di essere iscritto nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno in corso con punti.....
- di non essere titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta;

CHIEDE

di essere inserito nell' "Elenco APP dei pediatri da incaricare".

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_