

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO  
\*\*\*\*\*

12 APR. 1999

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL \_\_\_\_\_

=====

ADDI' 12 APR. 1999 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO  
COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Fasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.  
..... OMISSIS

COSENTINO - FEDERICO - HERMANIN - LUCISANO - META

ASSENTI: \_\_\_\_\_

DELIBERAZIONE N° 1969

OGGETTO: Applicazione art. 19 (rapporto ottimale) -  
Rilevazione carenze al 30.9.98 e art. 20 (copertura delle zone  
carenti di assistenza pediatrica) dell'A.C.N. per la  
regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di  
libera scelta (Decreto del Presidente della Repubblica 21.10.96 n.  
613).



LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1996 n. 613);

VISTA la lettera circolare n. 17920/55 del 29/9/98 dell'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute con la quale si emanavano direttive per l'individuazione delle zone carenti di assistenza pediatrica alla data del 30 settembre 1998;

CONSIDERATO che per garantire il diritto di scelta da parte del cittadino la determinazione del rapporto ottimale è stata effettuata per distretti Sanitari dalle Aziende U.S.L.;

TENUTO conto delle rilevazioni effettuate da ciascuna Azienda U.S.L. e dall'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute della Regione Lazio per il Comune di Roma;

CONSIDERATA l'urgenza di provvedere ad inserire nuovi specialisti pediatri in convenzione per assicurare correttamente l'assistenza ai minori;

VISTO l'art. 17 della legge 15 maggio 1997 n. 127;

all'unanimità

DELIBERA

- 1) di prendere atto che alla data del 30.9.98 la Regione Lazio è carente di due pediatri di libera scelta individuati uno per il distretto "A" della A.S.L. di Frosinone e uno per il distretto "D" della A.S.L. di Frosinone; in questo ultimo distretto il medico neo inserito deve ai sensi del 2° comma dell'art. 20 del citato D.P.R. 21/10/96, n. 613, ubicare lo studio nel comune di Cassino;
- 2) di rinviare, per quanto attiene alle disposizioni applicative, all'allegato A "Avviso per l'inserimento negli elenchi della pediatria di libera scelta" che forma parte integrante della presente deliberazione;
- 3) di pubblicare la presente deliberazione sul "Bollettino Ufficiale" della Regione Lazio ai sensi del comma 1 dell'art. 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale già citato in premessa.

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art. 17 della legge 15 maggio 1997 n. 127.

A:opl.28

IL PRESIDENTE: f.to PIETRO BADALONI  
IL SEGRETARIO: Dott. SAVERIO GUCCIONE

2 8 APR 1999





All. "A"

Avviso per l'inserimento negli elenchi della pediatria di libera scelta.

Ai sensi dell'art. 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta recepito con decreto del Presidente della Repubblica del 21 ottobre 1996, n. 613 con la presente deliberazione vengono pubblicate le carenze rilevate e comunicate dalle A.S.L. alla data del 30 settembre 1998.

I relativi incarichi sono attribuiti in base alla graduatoria unica regionale definitiva le cui domande sono state presentate entro il 31 gennaio 1998.

#### Art. 1

##### Presentazione delle domande.

- a) i pediatri aspiranti al conferimento dell'incarico entro il termine perentorio di trenta giorni decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul "Bollettino Ufficiale" devono spedire la domanda/fac-simile all. 1) redatta in bollo all'Azienda U.S.L. di Frosinone - via Armando Fabi s.n.c. - 03100 Frosinone.
- b) la domanda, senza autenticazione della firma, deve essere inviata esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento e si considera prodotta in tempo utile solo se spedita entro il termine indicato precedentemente. A tale fine fa fede il timbro e la data dell'ufficio accettante.
- c) la domanda deve essere corredata dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatta sul mod. A) allegato al presente avviso.

La mancata presentazione della dichiarazione di cui al presente comma comporta l'esclusione dalla graduatoria.

L'amministrazione non assume alcuna responsabilità per il caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato sulla domanda, nè per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

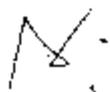
Il termine stabilito per la presentazione delle domande è perentorio e, pertanto, non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano spedite oltre il termine previsto.

#### Art. 2

##### Requisiti

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri di libera scelta istituiti nella regione Lazio, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultano iscritti da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo, eccezion fatta per incarichi di continuità assistenziale. Per i trasferimenti è disponibile un solo posto.
- b) i pediatri inclusi nella graduatoria unica regionale definitiva le cui domande sono state presentate entro il 31 gennaio 1998.



Art. 3  
Conferimento incarico

- a) l'Azienda U.S.L. Frosinone interpella prioritariamente i pediatri già iscritti di cui all'art. 2 lettera a) del presente avviso, in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta e, in subordine, in base all'anzianità di specializzazione.
- b) successivamente, interpella i medici di cui all'art. 2 lettera b) graduati con i criteri citati all'art. 4 del presente avviso.

Art. 4  
Formazione della graduatoria

1 - Per la formazione della graduatoria di cui al punto b) dell'art. 3 del presente avviso l'Azienda U.S.L. procederà come appresso specificato:

- a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria definitiva regionale, domande presentate entro il 31 gennaio 1998. Si precisa che i punteggi sono determinati in base ai criteri previsti all'art. 3 del D.P.R. del 21 ottobre 1996, n. 613, moltiplicati per 100;
- b) attribuzione di punti 600 a coloro che nel distretto carente abbiano la residenza fin da tre anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale; vale a dire fin dal 31.1.95;
- c) attribuzione di punti 2000 ai medici residenti nell'ambito della Regione Lazio da almeno due anni antecedenti la data di residenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale; vale a dire fin dal 31.1.96.

2- I punteggi indicati alle lettere b) e c) del comma precedente verranno attribuiti esclusivamente ai medici che dichiareranno il requisito sulla domanda.

3 - L'Azienda Sanitaria Locale Frosinone può effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai partecipanti all'avviso, in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 12 del D.P.R. n. 403/98.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, l'A.S.L. attiverà le procedure previste all'art. 26 della Legge n. 15/68 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e pronuncerà la decadenza dell'incarico conseguito nella base della dichiarazione non veritiera.

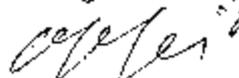
4 - Sono esclusi dalla graduatoria i medici titolari di incarico nell'ambito della Regione Lazio che non abbiano maturato almeno due anni di servizio effettivo nel precedente ambito territoriale di assegnazione.

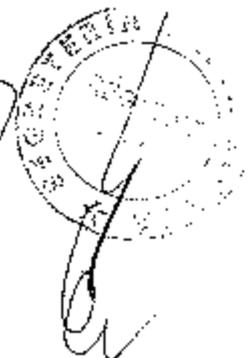
Art. 5  
Instaurazione del rapporto convenzionale

- a) la procedura per l'instaurazione del rapporto convenzionale per la pediatria di libera scelta è prevista all'art. 21 del D.P.R. 21.10.96, n. 613.
- b) Il codice regionale definitivo, da attribuire al medico da iscrivere negli elenchi, verrà attribuito dallo scrivente Assessorato all'Azienda U.S.L. che ne farà richiesta.

  
OPL/amc  
A:opl.9

IL DIRIGENTE  
(Dott. Luigi OPPIDO)





.....  
in bollo

Azienda USL FROSINONE  
Via Armando Fabi s.n.c.  
03100 - FROSINONE

RACCOMANDATA A/R

OGGETTO: domanda per l'inserimento negli elenchi della pediatria di libera scelta.

.....1... sottoscritt...dott.....nat... il .....

e residente in .....via .....

Visto il BUR Lazio n. ....del .....

**CHIEDE**

di concorrere per l'iscrizione nell'elenco della pediatria di libera scelta per il distretto .....

della A.S.L. di Frosinone.

Ai sensi e agli effetti degli articoli 2 e 4 della legge 4 gennaio 1998, n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 403:

**DICHIARA**

1)  di essere già iscritto nell'elenco della pediatria di libera scelta del distretto di.....  
dell'Azienda USL .....dal .....codice regionale .....  
(da valere come trasferimento);

1)  di essere inserito nella graduatoria unica definitiva regionale, domande presentate entro il 31 gennaio 1998

1)  di essere residente in un Comune della Regione Lazio dal.....e per ultimo nel Comune di.....  
dal.....allo scopo di usufruire dei punteggi previsti alle lettere b e c dell'art 20 del DPR 21 ottobre 1996, n. 613.

Allegati obbligatori:

- 1) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà previsto nell'allegato A) della delibera di Giunta regionale n. ....
- 2) fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Data .....

.....  
Firma

(1) - Evidenziare la voce che interessa.

**Avvertenze**

- La scadenza dell'invio della domanda è fissata al trentesimo giorno dalla data di pubblicazione delle zone carenti sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. A tal fine fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante.
- Ogni modulo può contenere una sola richiesta di iscrizione.

A:opl.10

AU: A/L

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

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. 4, legge 4 gennaio 1968, n. 15

**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 D.P.R. .... con massimale di n° ..... scelte

Periodo: dal .....

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno in branche diverse dalla pediatria: (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. avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell' art. 8, c. 5, Decreto legislativo n. 502/92:

A.S.L. .... Via .....

Tipo di attività .....

Periodo: dal .....

6. 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)



*bu*

7. 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.....

8. 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.....

9. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:  
Azienda..... ore sett.....  
Via..... Comune di.....  
Periodo: dal.....

10. 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.....

11. 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.....

12. 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.....

13. 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.....

14. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di (2)  
.....  
.....  
Periodo: dal.....



N

15. 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) - compilare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".



*la*



*M*