



Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Martiri Lancianesi n. 17/19

U.O.C GOVERNO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA

Direttore: Dott.ssa Maria Grazia Capitoli

Pec: assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

e-mail: assistenza.base@asl2abruzzo.it

Prot. N° 11220/ CH

Chieti 27 febbraio 2019

Ai Signori Medici di Assistenza Primaria
ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Con deliberazione n. 181 del 22 febbraio 2019 questa ASL, nelle more delle elezioni secondo i criteri regionali per i componenti degli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (U.C.A.D.) di cui all'allegato "O" dell'A.C.N. per la Medicina Generale, ha riproposto la procedura per l'individuazione del Medico di Assistenza Primaria, quale componente di ciascuna Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) Aziendale.

Con la presente si invita la S.S., ove lo ritenga di proprio interesse, a voler rimettere, a mezzo PEC, al seguente indirizzo di posta certificata: assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it entro e non oltre le ore **12:00** del giorno **16 marzo 2019** la propria disponibilità alla nomina di componente dell'U.V.M. di riferimento, utilizzando l'allegato modello.

E' ammessa esclusivamente la partecipazione all'U.V.M. di appartenenza (ubicazione dello studio principale), con disponibilità negli orari e nei giorni concordati con il Direttore del Distretto.

La selezione avverrà secondo le seguenti priorità (cioè criteri da utilizzare nell'ordine indicato e ricorso al criterio successivo solo in caso di parità dei candidati):

1. Medico con minore anzianità di convenzione
2. Medico con il numero minore di assistiti
3. Minore età anagrafica
4. Minore anzianità nel conseguimento del diploma di laurea.

individuando anche un secondo nominativo, quale supplente, che parteciperà alle sedute dell'U.V.M. in caso di indisponibilità del titolare.

Le nomine, formalizzate con provvedimento del Direttore Generale, avranno durata triennale (fino al 31/12/2021), destinate comunque a decadere automaticamente ed immediatamente in caso di elezione secondo i criteri regionali di cui al predetto allegato "O" dell'A.C.N. della Medicina Generale.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Pasquale Flacco)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA NOMINA DI COMPONENTE
UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (U.V.M.)**

Il/La sottoscritto/a, dott./dott.ssa _____

C.F. _____ Medico di Assistenza Primaria con N.° Regionale
_____ con Studio principale nel Comune di _____.

CHIEDE

di partecipare alla procedura selettiva per la nomina a componente dell'Unità di Valutazione
Multidimensionale (U.V.M.) di _____.

DICHIARA

consapevole di quanto stabilito dagli artt. 76 e 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 in merito alla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza
dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di
dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto
la personale responsabilità:

- Di essere titolare della convenzione di Assistenza Primaria con la ASL Lanciano-Vasto-Chieti
dal _____;
- Di avere in carico alla data della presente n.° _____ assistiti, in totale;
- Di essere nato il _____;
- Di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____.

In fede

_____ il _____

FIRMA

Si allega copia fotostatica della Carta d'Identità n.° _____ rilasciata dal Comune di
_____ in data _____ scadenza _____.