



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Buras n. 30

Data di pubblicazione: 07 luglio 2022

Il seguente documento è una copia dell'atto. La validità legale è riferita esclusivamente al fascicolo in formato PDF firmato digitalmente.

Parte prima

Determinazioni dei dirigenti

Determinazioni dei dirigenti

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 637 del 04 luglio 2022

Incarichi vacanti di Assistenza primaria – anno 2021.

Il Direttore del Servizio

VISTI

- Lo Statuto speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;
- il Decreto legislativo n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii.;
- la L.R. 24 del 11.09.2020;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 60/9 del 04.11.2008 avente ad oggetto la definizione degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria;
- l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e ss.mm.ii.;
- in particolare, l'art. 34 dell'ACN sopra richiamato, così come sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, che dispone, al primo comma, che "ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33" e da attribuirsi secondo le modalità stabilite dal medesimo art. 34";
- l'Accordo integrativo regionale per la Medicina generale (AIR) del 28 aprile 2010, approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/9 del 12.05.2010;
- l'art. 15 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, così come sostituito dall'art. 2 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente modificato dall'art. 1 dell'ACN del 18 giugno



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2020, ai sensi del quale “i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.”;

- l'art. 34 dell'ACN sopra richiamato così come sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, che dispone, al primo comma, “Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra”;

- la determinazione n. 1139 del 02.12.2020 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2021 pubblicata sul BURAS n. 74 del 17.12.2020;

- le deliberazioni n. 141 del 24.05.2022 della ASL di Cagliari, n. 39 del 11.02.2022 della ASL di Sassari, n. 110 del 15.04.2022 della ASL di Oristano (che rettifica la n. 86 del 31.03.2022 della medesima ASL), n.61 del 29.03.2022 della ASL Gallura, n. 42 del 07.04.2022 della ASL Sulcis, n. 86 del 30.03.2022 della ASL Medio Campidano con le quali vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021;

- la nota n. 2685 del 24.03.2022 della ASL Ogliastra con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021;

- le note protocollo n. 7766 del 25.03.2022 e n. 12206 del 12.05.2022, della ASL Nuoro con le quali vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021;

- la nota ARIS protocollo n. 12789 del 27.05.2022 con la quale si invita la ASL di Nuoro a voler riesaminare le sedi carenti indicate nelle note protocollo n. 7766 e n. 12206 sopra richiamate in quanto non conformi alle indicazioni normative e alle disposizioni del Comitato Regionale;

- la Delibera della ASL di Nuoro n. 234 in data 17.06.2022 con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021;

- la Delibera della ASL di Nuoro n. 259 in data 22.06.2022 con la quale vengono rettifiche ulteriormente le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021 di cui alla precedente delibera n. 234 del 17.06.2022;

- la nota ARIS n.14365 in data 20.06.2022 con la quale si richiede alla Direzione generale ARES e alla Direzione della S.C. Medina convenzionata di voler comunicare le sedi di A.P. non assegnate relativamente all'annualità 2020 nonché, eventualmente, ad annualità precedenti, al fine di integrare le sedi individuate carenti per l'annualità 2021;

- la nota Pec, a firma della dott.ssa Iris Mura, priva di protocollo aziendale, acquisita agli atti con protocollo ARIS n. 14652 del 23.06.2022, con la quale si comunicano le sedi non assegnate per l'annualità 2020 limitatamente alla sola ASL di Cagliari e non, come richiesto, per la totalità del territorio regionale;

- le determine ARIS n 725 del 02.08.2021 e n. 1386 del 16.12.2021 con le quali vengono rispettivamente pubblicate sul BURAS le sedi carenti per l'annualità 2020 e la relativa integrazione con le sedi non assegnate 2019;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la determina dirigenziale ARES n. 1694 del 23.05.2022 con la quale vengono trasmessi i nominativi degli aventi diritto alla titolarità di assistenza primaria Sedi carenti 2020;

- la L.R. 31 del 13.11.1998 e ss.mm.ii.;

- il decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 127 del 14.11.2019, con il quale vengono conferite le funzioni di direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure, presso la Direzione generale della sanità, al dott. Stefano Piras;

DATO ATTO

- Che per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti si utilizza la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2021 pubblicata sul BURAS n. 74 del 17.12.2020.

CONSIDERATO

- L'intervenuto ritardo nell'assegnazione degli incarichi di Assistenza primaria, si ritiene opportuno consentire la partecipazione all'assegnazione per trasferimento, per l'anno 2021, anche ai medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2018;

- che le domande di assegnazione degli incarichi possono essere accolte solo ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, così come sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020;

- il parere positivo del Comitato permanente della medicina generale che, nella seduta del 26.05.2022, ha approvato gli ambiti territoriali carenti dell'assistenza primaria individuati con le sopra richiamate determinazioni aziendali, ad eccezione di quelli individuati dalla ASL di Nuoro in quanto non ritenuti conformi alle indicazioni normative, così come riportati nell'allegato 1 del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- che, in merito all'individuazione delle sedi carenti della ASL di Nuoro, individuate con la Delibera sopra richiamata n. 234 del 17.06.2022, le stesse non sono state ritenute conformi ai disposti normativi e alle indicazioni del Comitato regionale né univocamente individuabili dall'allegato alla successiva delibera sopra richiamata n. 259 del 22.06.2022 e, pertanto, si ritiene opportuno confermare, sentiti ulteriormente tutti i componenti del Comitato regionale, quelle esposte e condivise in occasione della riunione del medesimo Comitato tenutasi in data 26.05.2022;

- che risulta opportuno, in merito alla mancata trasmissione da parte della Direzione ARES delle sedi carenti non assegnate per l'annualità 2020 e/o annualità precedenti, dover provvedere, secondo quanto risulta dagli atti in possesso di ARIS, ad integrare le sedi carenti 2021 con le sedi carenti pubblicate per le annualità 2020, 2019 e 2018 e non formalmente assegnate o risultanti non attivate entro i novanta giorni previsti;

STABILITO CHE

- Non sono consentite proroghe al termine dei 90 giorni di cui all'art. 35 c.3 dell'ACN 2009.

Determina

ART. 1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, che si richiamano integralmente, di procedere alla



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

pubblicazione nel BURAS, degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per l'annualità 2021 così come riportati nell'allegato 1 alla presente determinazione, per costituirne parte integrante e sostanziale.

Art. 2 Di individuare ai sensi dell'art. 34, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, l'ARES Sardegna quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi all'annualità 2021.

Art. 3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi di cui al presente atto in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse all'ARES Sardegna entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul BURAS, esclusivamente a mezzo PEC ed esclusivamente all'indirizzo incarichimedicinagenerale@pec.atssardegna.it secondo la modulistica allegata che sarà disponibile anche sul sito www.regionesardegna.it all'indirizzo

<http://www.regionesardegna.it/v/2644?s=1&c=390&v=9&na=1&tipodoc=0,12&n=10&c1=1250>

Il soggetto interessato provvede ad inserire nella domanda i numeri identificativi della marca da bollo utilizzata, nonché ad annullare la stessa.

Art. 4 Le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note contestualmente alla pubblicazione della graduatoria provvisoria sul sito istituzionale ARES Sardegna.

Art. 5 Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 23.03.2005 e ss.mm.ii..

Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'igiene, Sanità e dell'Assistenza sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della L.R. 13.11.1998, n. 31 e ss.mm.ii.

Piras



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Modulistica

Il presente allegato contiene quattro possibili modelli di fac-simile di domanda, ciascuno con annessa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - PER TRASFERIMENTO
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - PER GRADUATORIA
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale -
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Bollo 16 €

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.atssardegna.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ Residente
a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____.

A far data dal __/__/____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di incarico a
tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di _____ per
l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal __/__/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett.a), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come
sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con
l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei
rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli ambiti
territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del
_____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) e ss.mm.ii. dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in
assistenza primaria.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ ai sensi e agli
effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- essere residente nella Regione _____ dal ____/____/____ nel Comune di _____ dal ____/____/____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal ____/____/____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal ____/____/____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASST di _____;
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASST di _____;
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASST di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) per _____;
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) per _____;
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) per _____;
 - dal ____/____/____ (*) al ____/____/____ (*) per _____;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio **è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL di _____ periodo dal _____;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 e ss.mm.ii con massimale di n. _____ scelte ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL di _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) 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 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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 19) 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 _____;

- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____

_____;

- 21) 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 _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA ANNO 2021)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Bollo 16 €

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.atssardegna.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.
_____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 e ss.mm.ii. dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Medicina generale valevole per l'anno 2021 pubblicata sul BURAS n. 74 del 17.12.2020;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come
sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con
l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei
rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, di assegnazione degli incarichi
vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e
segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura
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
- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo
Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e ss.mm.ii:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2021)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara:

- di essere residente nella Regione _____ dal ____/____/____ nel Comune di
_____ dal ____/____/____;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di _____ dal
____/____/____;

Data _____

Firma

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2021)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 22) 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 _____;
- 23) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e ss.mm.ii. con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 24) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 e ss.mm.ii. con massimale di n. _____ scelte ASL _____ periodo dal _____;
- 25) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 26) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 27) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 28) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 29) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 30) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;



- 14



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 40) 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. 22,23,24 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 25,26,27,28):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 41) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____

_____;

- 42) 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 _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio **è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

(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".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA ANNUALITA' 2021

(Medici che hanno acquisito il titolo – diploma di formazione specifica in medicina generale-
successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria
regionale)

BOLLO € 16

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.atssardegna.it

n. identificativo della marca da bollo
nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett. c), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come
sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con
l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei
rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, di assegnazione degli incarichi
vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del e
segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76
del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in
data con voto

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a in data a seguito del
triennio

di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)
precedenti residenze:

dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data _____

Firma 1 _____

¹ La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a
ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art.
38 del DPR 445/00).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
nato/a aprov.il
residente aprov.
Via n. CAP
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere * 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:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 2) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 3) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 4) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L. branca ore settimanali;
A.S.S.L. branca ore settimanali
- 5) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 6) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda
..... ore settimanali
- 7) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge inizio dal
- 8) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismo ore settimanali comune
..... tipo di attività tipo di lavoro dal
.....;
- 9) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo ore
settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di
lavoro dal
- 10) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al
- 11) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del
quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
comune dal
- 12) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal
.....;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 13) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: dal;
- 14) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal;
- 15) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: dal;
- 16) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal;
- 17) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico..... via..... comune tipo di rapporto di lavoro tipo di attività dal;
- 18) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal;
- 19) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: dal;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ².

Data

Firma ³

* **Cancellare la voce che non interessa**

² **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

³ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA ANNUALITA' 2021

BOLLO € 16

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.atssardegna.it

n. identificativo della marca da bollo
nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il

residente a prov. Via n.

CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, c. 17-bis, dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati nel BURAS n. del, come di seguito indicato:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in data con voto
- 2) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale presso la regione Sardegna iniziato in data
☐ ex art. 9, c.1, D.L. 14.12.18, n. 135 convertito dalla L.11.02.2019, n. 12
☐ ex art. 12, c. 3, D.L. 30.04.19, n. 35 convertito dalla L.25.06.2019, n. 60
(barrare la voce che ricorre)

- ☐ 1 anno
☐ 2 anno
☐ 3 anno

- 3) di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

- 4) precedenti residenze:

dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data _____

Firma ⁴ _____

⁴ La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
nato/a aprov.il
residente aprov.
Via n. CAP
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere * 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:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 2) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 3) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 4) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L. branca ore settimanali;
A.S.S.L. branca ore settimanali
- 5) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 6) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda
..... ore settimanali
- 7) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge inizio dal
- 8) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismo ore settimanali comune
..... tipo di attività tipo di lavoro dal
.....;
- 9) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo ore
settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di
lavoro dal
- 10) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al
- 11) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del
quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
comune dal
- 12) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal
.....;
- 13) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:
..... dal



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 14) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
dal
- 15) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività dal
- 16) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:
Azienda..... tipo di attivitàore settimanali
..... dal
- 17) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
soggetto pubblico.....via.....comune
..... tipo di rapporto di lavorotipo di attività
..... dal
- 18) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione:
dal
- 19) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁵.

Data

Firma ⁶

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁵ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

⁶ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sedi carenti Assistenza primaria annualità 2021			ALLEGATO 1
ASL CAGLIARI			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari Monserrato Quartucciu Selargius Settimo San Pietro	23
	1.2	Monastir Nuraminis Sestu Ussana	10
2. Area ovest	2.1	Assemini Decimomannu Elmas San Sperate Uta	13
	2.2	Decimoputzu Siliqua Valdermosa Villasor Villaspesiosa	2
	2.3	Capoterra	5
	2.4	Domus de Maria Pula	2
	2.5	Sarroch Villa San Pietro	3
	2.6	Teulada	2
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	16
	3.2	Burcei Maracalagonis Sinnai	11
	3.3	Dolianova Donori Sordiana Soleminis	6
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Muravera San Vito Villaputzu	3
	4.2	Castiadas Villasimius	3
	4.3	Armutungia Ballao San Nicolo' Gerrei Silius Villasalto	2
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Escolca Gerrei Isili Nuragus Nurallao Serri	2
	5.2	Escalaplano Nurri Orroli	1
	5.3	Esterzili Sadali Seulo Villanovatulo	2
	5.4	Goni San Basilio Sant'Andrea Frius Senorbi	3
	5.5	Barrali Guamaggiore Guasila Ortacesus Pimentel Samatzai Selegas	2
	5.6	Gesico Mandas Siurgus Donigala Suelli	1

ASL SASSARI			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Sassari	1.1	Sassari	11
	1.2	Porto Torres Stintino	6
	1.3	Castelsardo Nulvi Santa Maria Coghinas Tergu Valledoria Viddalba	5
	1.4	Cargeghe Codrongianus Florinas Muros Ossi Ploaghe Tissi Usini	5
	1.5	Bulzi Chiamamonti Erula Laerru Martis Perfugas Sedini	2
	1.6	Osilo Sennori Sorso	6
2. Alghero	2.1	Banari Bessude Bonnanaro Bonorva Borutta Cheremule Cossoine Giave Mara Padria Pozzomaggiore Semestene Siligo Thiesi Torralba	5
	2.2	Ittiri Monteleone Rocca Doria Putifigari Romana Uri Villanova Monteleone	2
	2.3	Alghero Olmedo	6
3. Ozieri	3.1	Ardara Ittiri Mores Nughedu San Nicolo' Ozieri Pattada Tula	6
	3.2	Anela Benetutti Bono Bottida Bultei Burgos Esportatu Illorai Nule	5



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sedi carenti Assistenza primaria annualità 2021

ALLEGATO 1

ASL NUORO			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Nuoro	1.1	Bitti Lula Onani Orune Osidda	1
	1.2	Dorgali	2
	1.3	Oliena	4
	1.4	Olzai Oniferi Orani Orotelli Ottana Sarule	5
	1.5	Fonni Gavoi Lodine Ollolai	2
	1.6	Mamoiada Orgosolo	2
	1.7	Nuoro	8
2. Macomer	2.1	Birori Borore Dualchi Macomer Noragugume Sindia	6
	2.2	Bolotana Bortigali Lei Silanus	2
3. Siniscola	3.1	Lodè Posada Siniscola Torpè	5
	3.2	Galtellì Irgoli Loculi Onifai Orosei	5
4. Sorgono	4.1	Aritzo Belvi Desulo Gadoni Tonara	1
	4.2	Atzara Meana Sardo Ortueri Sorgono	1
	4.3	Austis Ovodda Teti Tiana	1

ASL ORISTANO			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Oristano	1.1	Bauladu Milis Narbolia San Vero Milis Tramatzà Zeddiani	3
	1.2	Baratili San Pietro Cabras Nurachi Riola Sardo	4
	1.3	Oristano Palmas Arborea Santa Giusta	5
	1.4	Allai Ollastra Simaxis Samugheo Siamaggiore Siamanna Siapiccia Simaxis Solarussa Villanova Truschedu Villaurbana Zerfaliu	4
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta Aidomaggiore Ardauli Bidoni Boroneddu Busachi Norbello Sedilo Fordongianus Ghilarza Neoneli Nughedu Santa Vittoria Soddi Sorradile Tadasuni Ula Tirso	5
	2.2	Cuglieri Flussio Magomadas Modolo Sagama Scano di Montiferro Sennariolu Suni Tinnura Tresnuraghes	1
	2.3	Bonarcado Paulilatino Santu Lussurgiu Seneghe	1
	2.4	Bosa Montresta	1
3. Ales - Terralba	3.1	Arborea Marrubiu San Nicolò d'Arcidano Terralba Uras	8
	3.2	Albagiara Ales Assolo Asuni Curcuris Genoni Laconi Mogorella Nureci Pau Ruinas Senis Usellus Villa Sant'Antonio Villaverde	1
	3.3	Baradili Baressa Gonnoscudina Gonnosno' Gonnostramatza Masullas Mogoro Morgongiori Pompu Simala Sini Siris	3



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sedi carenti Assistenza primaria annualità 2021			ALLEGATO 1
ASL GALLURA			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci Olbia Telti	7
	1.2	La Maddalena	4
	1.3	Arzachena Palau Sant'Antonio di Gallura	4
	1.4	Santa Teresa di Gallura	1
	1.5	Berchidda Monti Oschiri	2
	1.6	Budoni Loiri Porto San Paolo Padru San Teodoro	3
	1.7	Alà dei Sardi Buddusò	2
2. Tempio Pausania	2.1	Aggiu Bortigiadas Tempio Pausania	-
	2.2	Calangianus Luras	1
	2.3	Aglientu Badesi Luogosanto Trinita' d'Agultu e Vignola	-

ASL CARBONIA			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Carbonia	1.1	Carbonia Portoscuso	8
	1.2	San Giovanni Suergiu Tratalias	3
	1.3	Calasetta Sant'Antioco	6
	1.4	Carloforte	-
	1.5	Narcao Nuxis Perdaxius Santadi Villaperuccio	1
	1.6	Giba Masainas Piscinas Sant'Anna Arresi	1
2. Iglesias	2.1	Buggerru Fluminimaggiore	1
	2.2	Domusnovas Musei Villamassargia	3
	2.3	Gonnese Iglesias	2

ASL OGLIASTRA			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Tortoli	1.1	Baunei Lotzorai Talana Triei Urzulei	1
	1.2	Girasole Tortoli	3
	1.3	Arzana Villagrande Strisaili	2
	1.4	Barisardo Cardedu Loceri	-
	1.5	Elini Ilbono Lanusei	-
	1.6	Jerzu Perdasdefogu Tertenia	1
	1.7	Gairo Osini Seui Ulassai Ussassai	2

ASL MEDIO CAMPIDANO			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi carenti 2021
1. Guspini	1.1	Guspini	3
	1.2	Arbus	1
	1.3	Gonnosfanadiga	1
	1.4	Villacidro	4
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	6
2. Sanluri	2.1	Furtei Sanluri Segariu Villamar	2
	2.2	Samassi Serrenti	-
	2.3	Serramanna	2
	2.4	Barumini Genuri Gesturi Las Plassas Setzu Tuili Villanovafranca	3
	2.5	Collinas Lunamatrona Pauli Arborei Siddi Turri Ussaramanna Villanovaforru	2



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

