

## Art. 13

Il medico che accetta l'incarico ai sensi dell'art. 35, comma 1, A.C.N. 23 marzo 2005 è cancellato dalla graduatoria regionale di medicina generale relativa al settore di assistenza primaria valida per l'anno 2008.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 4 dicembre 2008.

SALADINO

## Allegato

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
ALL'1 MARZO 2008

## Azienda U.S.L. 1 Agrigento

Ambito territoriale	Posti
Agrigento .....	2
Realmonte-Siculiana .....	1
(obbligo di apertura ambulatorio nel comune di Siculiana)	
Ribera-Calamonaci .....	1
Cammarata-San Giovanni Gemini .....	1
Canicattì-Castrofilippo .....	1
Campobello di Licata .....	1
Ravanusa .....	1
Licata .....	1
Palma di Montechiaro .....	1

## Azienda U.S.L. 2 Caltanissetta

Ambito territoriale	Posti
Gela-Butera.....	2
San Cataldo-Marianopoli .....	1

## Azienda U.S.L. 3 Catania

Ambito territoriale	Posti
Catania.....	3
Aci Sant'Antonio-Aci Bonaccorsi .....	3
Acicatena .....	2
Adrano .....	1
Biancavilla .....	1
Randazzo .....	1
Belpasso-Ragalna .....	2
Paternò .....	2
Mascoli-Milo-Sant'Alfio .....	1
Misterbianco .....	1
Caltagirone .....	3
San Giovanni La Punta .....	1
Tremestieri Etneo .....	3
Valverde .....	1
Viagrande .....	1
Militello Val di Catania .....	2

## Azienda U.S.L. 4 Enna

Ambito territoriale	Posti
Nicosia-Sperlinga-Capizzi .....	1
(obbligo di apertura ambulatorio nel comune di Nicosia)	

## Azienda U.S.L. 5 Messina

Ambito territoriale	Posti
Messina .....	2
Villafranca Tirrena-Rometta-Saponara .....	1
Nizza di Sicilia-Fiumedinisi-Ali-Ali Terme-Itala-Scaletta .....	1
Pace del Mela-San Filippo del Mela-Santa Lucia del Mela ..	1
Filicudi .....	1
Mistretta-Reitano-Castel di Lucio-S. Stefano di Camastra ..	1
Capo d'Orlando-Naso-Caprileone-Castell'Umberto .....	1

## Azienda U.S.L. 6 Palermo

Ambito territoriale	Posti
Palermo (Distretto 12) .....	4
Castellana Sicula-Polizzi Generosa .....	1
Bagheria .....	1
Ficarazzi .....	1
Partinico-Borgetto .....	1
Carini-Torretta .....	4
Villafraati-Mezzojuso-Godrano-Cefalà Diana-Campofelice Fi- talia .....	1
Linosa .....	1

## Azienda U.S.L. 7 Ragusa

Ambito territoriale	Posti
Comiso .....	1
Modica .....	2

## Azienda U.S.L. 8 Siracusa

Ambito territoriale	Posti
Lentini .....	1
Canicattini .....	1
Palazzolo Acreide .....	1

## Azienda U.S.L. 9 Trapani

Ambito territoriale	Posti
Alcamo .....	3
Mazara del Vallo .....	1
Pantelleria .....	1

## Allegato A

DOMANDA DI REISCRIZIONE  
NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI  
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA  
(ex art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93,  
convertito nella legge n. 423/93)

All'Assessorato regionale della sanità  
dipartimento regionale  
assistenza sanitaria ed ospedaliera  
Servizio 6°  
Piazza O. Ziino n. 24

90145 PALERMO

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... il .....  
residente a ..... c.a.p. ....  
via .....  
tel. .... cell. ....

in servizio presso .....

Chiede

secondo quanto previsto dall'art. 39, comma 8, dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, di essere reiscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di ..... dell'Azienda U.S.L. n. .... di ....., individuato quale ambito carente alla data dell'1 marzo 2008, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del ....., data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91.

Acclude

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91.
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data .....

Firma

**Allegato A1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... il ..... 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,

Dichiara

a) di essere/essere stato in servizio, in qualità di ..... presso l'Azienda sanitaria di ..... dal ..... al .....

b) di aver optato, ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91, per il rapporto di lavoro dipendente con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata;

c) che, al momento dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91, era titolare di incarico a tempo indeterminato di medicina generale (assistenza primaria), nell'ambito territoriale di ..... prov. .... dal .....

d) di aver svolto attività di medico di assistenza primaria convenzionato con il servizio sanitario nazionale, compresa l'attività di medico generico ex enti mutualistici (ENPAS, INAM, ENP-DEP, INADEL, Cassa marittima, artigianato ..... ) dal ..... al .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma (2)

(1) 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".

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

**Allegato B**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER TRASFERIMENTO)**

*All'Assessorato regionale della sanità  
dipartimento regionale  
assistenza sanitaria ed ospedaliera  
Servizio 6°  
Piazza O. Ziino n. 24  
90145 PALERMO*

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... il .....

residente a ..... c.a.p. ....

via .....

tel. .... cell. ....

titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. n. .... di ....., per l'ambito territoriale di ..... della Regione .....

Fa domanda di trasferimento

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati all'1 marzo 2008, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. .... del .....

- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....
- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....
- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....
- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....
- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....
- Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....

Acclude

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato B1);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data .....

Firma

**Allegato B1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... il ..... 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

Dichiara

a) di essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. n. .... di ..... ambito territoriale di ..... dal .....

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione siciliana pari a mesi ..... (1), e precisamente:

- dal ..... al ..... presso .....
- dal ..... al ..... presso .....
- dal ..... al ..... presso .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2).

Data .....

Firma (3)

(1) Nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

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

**Allegato C**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)**

*All'Assessorato regionale della sanità  
dipartimento regionale  
assistenza sanitaria ed ospedaliera  
Servizio 6°  
Piazza O. Ziino n. 24  
90145 PALERMO*

Il sottoscritto dott. ....  
nato a ..... il .....  
residente a ..... c.a.p. ....  
via .....  
tel. .... cell. ....  
inserito nella graduatoria di settore per l'assistenza primaria della  
Regione siciliana valida per l'anno 2008 con punti .....

## Fa domanda

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b), dell'accordo  
collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005,  
per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di  
assistenza primaria individuati all'1 marzo 2008, pubblicati nella  
*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. .... del .....

— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....  
— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....  
— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....  
— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....  
— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....  
— Ambito ..... A.S.L. .... Ambito ..... A.S.L. ....

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16,  
comma 7, e 9, A.C.N. 23 marzo 2005 di poter accedere alla riserva  
di assegnazione come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione speci-  
fica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91  
e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99 e  
277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

## Acclude

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza  
storica (allegato C1);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D);
- Attestato di formazione in medicina generale (per coloro che  
l'hanno conseguito dopo il 31 gennaio 2007);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data .....

Firma .....

**Allegato C1****AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto dott. ....  
nato a ..... il .....  
inserito nella graduatoria regionale di settore per l'assistenza prima-  
ria della Regione siciliana valida per l'anno 2008 con punti .....,  
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante  
il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in mate-  
ria di documentazione amministrativa

## Dichiara

- a) di essere residente nel territorio della Regione siciliana  
dal .....
- b) di essere residente presso il comune di .....  
dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data .....

Firma .....

(1) 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 pre-  
visti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi  
speciali in materia".

**Allegato D****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto dott. ....  
nato a ..... il .....  
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 mate-  
ria di documentazione amministrativa

## Dichiara

- 1) essere/non essere titolare di incarico di assistenza primaria  
presso l'Azienda U.S.L. n. .... di ..... ambito terri-  
toriale di .....
- 2) essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente  
a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come in-  
caricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:  
— soggetto ..... ore settimanali .....  
— via ..... comune .....  
— tipo di rapporto di lavoro .....  
dal .....
- 3) essere/non essere titolare di incarico come medico special-  
ista pediatra di libera scelta presso l'Azienda U.S.L. n. .... di .....  
..... ambito territoriale di .....
- 4) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato  
o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzio-  
nato interno:  
— Azienda .....  
..... ore settimanali .....  
branca .....  
5) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti  
accreditati 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 corri-  
spondenti 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 aziende 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 .....  
dal .....
- 11) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di  
iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
— Azienda ..... 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 .....;

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 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:

— soggetto erogatore dell'adeguamento ..... dal .....;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma (2) .....

(1) 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".

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

(2008.50.3561)102

## ASSESSORATO DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE

DECRETO 18 novembre 2008.

**Approvazione di variante al piano regolatore generale del comune di Sant'Agata Li Battiati.**

IL DIRIGENTE GENERALE  
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE URBANISTICA

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 17 agosto 1942, n. 1150 e successive modifiche ed integrazioni;

Visti i decreti interministeriali 1 aprile 1968, n. 1404 e 2 aprile 1968, n. 1444;

Vista la legge regionale 27 dicembre 1978, n. 71 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'art. 9 della legge regionale n. 40/95;

Visto il T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di espropriazioni per pubblica utilità,

approvato con D.P.R. n. 327/2001 e modificato dal decreto legislativo n. 302/2002, reso applicabile con l'art. 36 della legge regionale n. 7 del 2 agosto 2002, come integrato dall'art. 24 della legge regionale n. 7 del 19 maggio 2003;

Visto il foglio prot. n. 11402 del 21 maggio 2008, pervenuto il 28 maggio 2008 ed assunto al protocollo di questo Assessorato il 3 giugno 2008 al n. 42886, con il quale il comune di Sant'Agata Li Battiati ha trasmesso, per l'approvazione di competenza, la variante allo strumento urbanistico vigente finalizzata alla salvaguardia dell'area di pertinenza della Villa Pluchinotta;

Visto l'ulteriore foglio prot. n. 15217 dell'8 luglio 2008, pervenuto in data 11 luglio 2008 ed assunto al protocollo di questo Assessorato il 17 luglio 2008 al n. 56640, con il quale il comune di Sant'Agata Li Battiati ha dato riscontro a quanto richiesto con nota di questo Assessorato prot. n. 48913 del 19 giugno 2008;

Vista la delibera n. 13 del 29 gennaio 2008, con la quale il consiglio comunale di Sant'Agata Li Battiati ha adottato la variante allo strumento urbanistico vigente finalizzata alla salvaguardia dell'area di pertinenza della Villa Pluchinotta;

Visti gli atti di pubblicazione, ai sensi dell'art. 3 della legge regionale n. 71/78, relativi alla delibera consiliare n. 13 del 29 gennaio 2008;

Vista la certificazione prot. n. 11087 del 19 maggio 2008, a firma congiunta del capo settore V e del sindaco del comune di Sant'Agata Li Battiati, in ordine alla regolarità delle procedure di deposito e pubblicazione della delibera consiliare n. 13 del 29 gennaio 2009, nonché attestante che avverso la stessa non sono state presentate osservazioni e/o opposizioni;

Vista la nota prot. n. 10918 del 14 maggio 2007, con la quale il capo del settore V del comune di Sant'Agata Li Battiati ha comunicato alla ditta interessata, ai sensi del D.P.R. n. 327/2001, l'avvio del procedimento per l'apposizione del vincolo preordinato all'esproprio;

Vista la nota prot. n. 14436 del 16 aprile 2007, con la quale l'ufficio del Genio civile di Catania, ai sensi dell'art. 13 della legge n. 64/74, si è espresso favorevolmente sulla variante in argomento;

Vista la nota prot. n. 773 del 20 giugno 2006, con la quale la Soprintendenza per i beni culturali ed ambientali di Catania, ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo n. 42/2004, ha comunicato l'avvio del procedimento per la tutela della villa in argomento e dell'area di pertinenza;

Vista la nota prot. n. 48 del 22 luglio 2008, con la quale l'U.O. 5.1/D.R.U. di questo Assessorato ha trasmesso al Consiglio regionale dell'urbanistica, unitamente agli atti ed elaborati relativi, la proposta di parere n. 12 del 22 luglio 2008, resa ai sensi dell'art. 68 della legge regionale n. 10/1999, che di seguito parzialmente si trascrive:

«...*Omissis*...

Rilevato che:

il comune di S. Agata Li Battiati in atto è dotato di piano regolatore generale, approvato con decreto n. 854 del 21 ottobre 2005;

attualmente le aree risultano destinate dal piano regolatore generale vigente in parte in z.t.o. C1 residenziale di espansione privata e in parte z.t.o. F3b-attrezzatura di interesse generale di iniziativa pubblica mentre la Villa Pluchinotta rientra all'interno delle aree del centro storico A; con la presente variante l'area in esame assumerà