

Spett.le
Azienda ULSS 8 Berica
UOS Convenzioni e privati accreditati
E-mail protocollo@aulss8.veneto.it

OGGETTO: richiesta inserimento nell'elenco aziendale dei medici disponibili all'incarico di medico curante di assistenza programmata, ai sensi della DGR 1231/2018, a favore di persone non autosufficienti presenti nei Centri Servizi accreditati siti nel territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica.

Il/La sottoscritto/a dott. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

PEC _____

Codice Regionale Ordine dei Medici _____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco aziendale dei medici disponibili all'incarico di medico curante di assistenza programmata, ai sensi della DGR 1231/2018, a favore di persone non autosufficienti presenti nei Centri Servizi accreditati siti nel territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di svolgere attività quale **MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA** risultando iscritto nel Comune di dal _____ dell' Azienda ULSS n. _____ e che tale attività è esercitata in modo esclusivo a favore dei propri assistiti da almeno tre anni, o a partire dalla data seguente _____. (Nel caso di attività esercitata in modo non esclusivo, indicare l'ulteriore attività svolta: _____)

- di svolgere attività quale **MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE** presso la sede di _____ dell' Azienda ULSS _____ con incarico a tempo indeterminato a tempo determinato con incarico di sostituzione dal _____ al _____

- di aver svolto attività di medico incaricato **TITOLARE per assistenza medica nei Centri Servizi:**
Centro Servizi _____ dal _____ al _____
Centro Servizi _____ dal _____ al _____
Centro Servizi _____ dal _____ al _____

- di aver svolto attività di medico incaricato **SOSTITUTO per assistenza medica nei Centri Servizi:**
Centro Servizi _____ dal _____ al _____
Centro Servizi _____ dal _____ al _____

- di essere in possesso dell'**attestato di formazione specifica in Medicina Generale** conseguito il _____ e di **essere incluso/a nella graduatoria regionale** degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale della Regione del Veneto per l'anno _____.
- di essere in possesso dell'**attestato di formazione specifica in Medicina Generale** conseguito il _____ e di **NON essere incluso/a nella graduatoria regionale** degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale della Regione del Veneto.
- di essere in possesso di una delle seguenti **specialità**:
 Geriatria Medicina Interna Fisiatria
 Altra specializzazione inerente il ruolo di medico curante (*specificare*) _____
Indicare Università e data del conseguimento: _____
- di essere in possesso di **comprovata esperienza in ambito geriatrico** maturata presso _____ nel periodo dal _____ al _____.
- di essere già incaricato per l' **attività di assistenza medica presso il Centro di Servizi** _____ su autorizzazione di Azienda ULSS _____ dal _____ al _____.
- di ESSERE / NON ESSERE (*barrare*) incorso in risoluzioni anticipate di incarichi precedenti (*in caso affermativo precisare quali*) _____
- di svolgere/di essere assegnatario le seguenti ulteriori attività/incarichi che possano rilevare ai fini dell'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi in relazione all'incarico da conferire, ovvero di trovarsi in altre situazioni che l'Azienda ULSS sia tenuta a valutare ai fini del conferimento dell'incarico (es. condanne penali, procedimenti disciplinari, revoca del rapporto convenzionale, ecc.):

Il sottoscritto si impegna, in caso di conferimento dell'incarico, a:

- **fornire copia della polizza assicurativa, adeguata all'incarico di medico curante, che verrà allegata al contratto quale parte integrante dello stesso;**
- **firmare l'accordo di nomina a responsabile esterno del trattamento dei dati personali, se già non assolto, ai sensi della procedura aziendale di applicazione della normativa sotto indicata.**

Il sottoscritto dichiara di:

- **aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art.13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, pubblicata sul sito www.aulss8.veneto.it (privacy europea);**
- **esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.**

Il sottoscritto allega copia di un valido documento di identità.

_____ , _____ , _____
luogo data firma