

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Scadenza presentazione domande: 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto sul BUR Veneto e precisamente: 03/12/2015

Ai sensi del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale reso esecutivo mediante intesa della Conferenza Stato – Regioni 29.07.2009 e s.m.i., dell'Accordo Regionale per la medicina convenzionata, recepito con D.G.R.V. 30.12.2005, n. 4395 e s.m.i., viene indetto il presente avviso per il conferimento di incarichi di medico di continuità assistenziale a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali presso le Sedi distrettuali dell'Ulss 5 .

Il relativo elenco aziendale aggiornato dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione sarà redatto ai sensi dell'art. 70 del succitato A.C.N., secondo i criteri e le priorità stabiliti nell'Accordo Regionale sopraccitato, come modificato dalla D.G.R.V. 17.4.2007, n. 1068:

a) Medici inseriti nella graduatoria unica regionale del Veneto della Medicina Generale, con priorità per i medici residenti e/o domiciliati nell'ULSS n. 5 di Arzignano;

b) Medici, pur non inseriti nella graduatoria regionale del Veneto, in possesso dei requisiti previsti (diploma di formazione specifica in Medicina Generale o equipollenti, ex D.Lgs. n. 368/99, cioè abilitati entro il 31/12/1994), con priorità per i medici residenti e/o domiciliati nell'ULSS n. 5 di Arzignano, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

c) Medici di cui alla norma finale n. 5 (medici abilitati dopo il 31/12/1994), con priorità per i medici residenti e/o domiciliati nell'ULSS n. 5 di Arzignano, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

d) Medici frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale (di cui all'art. 19 comma 11 della Legge n. 448/2001), con priorità per i medici residenti e/o domiciliati nell'ULSS n. 5 di Arzignano, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

e) Medici specializzandi (di cui all'art. 19 c. 11 della Legge n. 448/2001), anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale, con priorità per i medici residenti e/o domiciliati nell'ULSS n. 5 di Arzignano, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.

Ciascun incarico sarà assegnato al medico avente titolo, in condizioni di compatibilità, secondo le vigenti disposizioni in materia, avrà decorrenza dalla data di conferimento - non differibile dall'interessato, pena il venir meno dell'incarico stesso - e sarà comunicato al medico per iscritto anche a mezzo telegramma o posta elettronica.

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – intesa 29.07.2009 e s.m.i., ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia, nonché alla nota della Regione Veneto n. 721065 di prot. del 29.12.2009.

Le **domande di partecipazione**, redatte utilizzando esclusivamente lo schema allegato al presente avviso, complete in ogni sua parte e provviste di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in

materia (€ 16,00), dovranno pervenire all'ULSS n. 5 di Arzignano – Ufficio Protocollo **entro il perentorio termine del 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul BUR Veneto**. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni contattare la Sig.ra Nicoletta Pozza, Servizio Convenzioni, tel. 0444-708631 – indirizzo di posta elettronica: Convenzioni@ulss5.it

Il Direttore Generale
(dr. Giuseppe Cenci)

Applicare qui la
marca da bollo
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

Al Direttore Generale
ULSS n. 5 "Ovest Vicentino"
Via Trento, 4
36071 ARZIGNANO (VI)

Raccomandata A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO

__ sottoscritt_ Dr. _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ domiciliato a _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

CHIEDE

di essere inserit_ nell'elenco aziendale dei medici disponibili per il conferimento di incarichi di medico di continuità assistenziale a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali presso le Sedi Distrettuali o per il conferimento di altri eventuali incarichi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 - (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

[N.B. compilare tutti campi in maniera completa e a stampatello; barrare con una "X" le caselle interessate]

1) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____
(per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____)
e abilitat_ all'esercizio professionale il _____ a _____;

2) di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

3) di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ n. _____
e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

4) di essere non essere iscritt_ nella graduatoria definitiva della Medicina Generale della Regione Veneto valida per l' anno _____ (in caso affermativo specificare il punteggio _____);

5) di essere non essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare sede del corso e data conseguimento _____);

6) di essere non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in Medicina Generale (in caso affermativo specificare sede del corso e anno di iscrizione _____);

7) di essere non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare scuola, sede e anno di iscrizione _____);

I sottoscritt_ dichiara inoltre:

8) di 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 di _____
_____ Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

9) di essere non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

10) di essere non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

11) di essere non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore
set. _____ Azienda _____ branca _____
ore set. _____

12) di essere non essere iscritt_ negli elenchi dei medici specialisti accreditati col SSN:

Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

13) di avere non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, co 5 D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____
_____ Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

14) di essere non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Veneto o in altra regione: Regione _____ Azienda _____ ore set. _____

in forma attiva in forma di disponibilità;

16) di essere non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ ore set. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

17) di 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 del'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni

Organismo _____ ore set. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

18) di operare non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi del'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore set. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) di avere non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

20) di essere non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

21) di fruire non fruire 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 _____

o altro trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici

Pensionato dal _____

22) di svolgere non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna) _____

Periodo: dal _____

23) di operare non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

NOTE:

I sottoscritt si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS n.5 di Arzignano – Servizio Convenzioni, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione; -
- far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico di continuità assistenziale attribuito da codesta Azienda.

In luogo dell'autenticazione della firma allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di un documento d'identità in corso di validità. Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (compilare solo se diverso dalla residenza):

data _____

firma per esteso

AVVERTENZE GENERALI:

Si raccomanda di SCRIVERE IN STAMPATELLO

In caso di omissione di fotocopia di documento e/o firma la domanda non potrà essere valutata