

## 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: 09 dicembre 2016**

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](mailto:Convenzioni@ulss5.it)

Il Commissario  
(Giovanni Pavesi)

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

Al Commissario  
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