

AZIENDA ULSS N. 18, ROVIGO

**Avviso per il conferimento di incarichi di continuità assistenziale durante l'anno 2012.**

Avviso per la formazione della graduatoria aziendale valida per l'anno 2012 per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale.

L'Azienda ULSS 18 è interessata ad acquisire la disponibilità di medici per il conferimento degli incarichi in oggetto ai sensi degli artt. 30, 70 e 97 dell'A.C.N. per la medicina generale, reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 23/05/2005 e s.m.i.

Con le disponibilità pervenute sarà formulata una graduatoria aziendale con il seguente ordine successivo di prevalenza:

1. Medici iscritti nella graduatoria unica regionale 2011, ordinati per punteggio;
2. Medici abilitati dopo il 1994, che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza per la presentazione delle domande d'inserimento nella suddetta graduatoria regionale;
3. Medici abilitati dopo il 1994 e non iscritti né al corso triennale di medicina generale né a scuole di specialità;
4. Medici abilitati dopo il 1994 ed iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;
5. Medici abilitati dopo il 1994 ed iscritti a scuole di specialità o a corsi di master universitari.

I Medici, di cui ai punti 3, 4 e 5, verranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) residenza nell'ambito territoriale di questa AULSS
- b) minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- c) il voto di laurea
- d) l'anzianità di laurea

(tali dati dovranno pertanto essere evincibili dall'istanza inoltrata)

Ai Medici, di cui ai punti 1, 2, 3 e 4 verranno assegnati incarichi annuali, mentre ai Medici di cui al punto 5 incarichi trimestrali non rinnovabili nello stesso anno solare.

La Graduatoria verrà pertanto utilizzata come segue: prima i medici di cui al punto 1 e 2, poi i medici residenti dei punti 3 e 4, poi i medici non residenti dei punti 3 e 4 ed infine i medici residenti del punto 5 e non residenti del punto 5.

I Medici dovranno essere in grado di raggiungere le sedi dei Centri Chiamata della Continuità Assistenziale (Ospedale di Rovigo, Punto Sanità di Badia Polesine, Casa Albergo di Lendinara, Punto Sanità di Castelmassa e Casa di Cura di S.M. Maddalena) in tempo utile per poter garantire la completa copertura del servizio e dei turni di reperibilità.

Il Fac-simile della domanda e della contestuale dichiarazione di responsabilità da inoltrare in carta semplice, **entro gg. 20 dalla data di pubblicazione** a mezzo raccomandata A.R., unitamente a copia di un valido documento d'identità ed al consenso informato per l'utilizzo dei dati, è allegato al presente Avviso, oltre ad essere a disposizione presso la SOC Gestione Risorse in Convenzione (tel. 0425/393970).

Il Direttore Generale

Dr. Adriano Marcolongo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai  
sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente 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 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 \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo  
Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale  
convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore  
sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore  
sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria  
territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra  
regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) 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 n° 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) operare/non operare (1) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) essere/non essere (1) 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:

\_\_\_\_\_

15) fruire/non fruire (1) 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 \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) 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 scrive: nessuna)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) 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 \_\_\_\_\_

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

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) 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: \_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(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"

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 si informa che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio al fine della formulazione della graduatoria, in caso di rifiuto, la S.V. non sarà inserita nella graduatoria
2. i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesta Azienda ULSS al fine della formulazione della graduatoria
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'Azienda ULSS
4. potrà rivolgersi a questa Azienda ULSS per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003
5. il titolare dei dati è il Direttore della SOC Gestione Risorse in Convenzione Dr. Giuliano Passarotto.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Alla SOC Gestione Risorse in Convenzione

Azienda ULSS 18

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Laureato il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_

inserito in graduatoria regionale con il punteggio di \_\_\_\_\_

in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale dal \_\_\_\_\_

di essere iscritto alla scuola di specialità/master universitari dal \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi di Continuità Assistenziale presso i Centri  
Chiamata dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo e all'uopo,

dichiaro sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 che le notizie sopra  
riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

1) Allegato: Copia documento valido d'identità