

(Codice interno: 286750)

AZIENDA ULSS N. 18, ROVIGO

Avviso per la formazione della graduatoria aziendale valida per l'anno 2015 per il conferimento di incarichi a tempo determinato di 24 ore settimanali nel servizio di continuità assistenziale presso la casa circondariale di Rovigo.

L'Azienda ULSS 18 è interessata ad acquisire la disponibilità di medici per l'eventuale 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 della Conferenza Stato-Regioni del 23/03/2005 e s.m.i.

Con le disponibilità pervenute sarà formulata una graduatoria aziendale, in cui avranno precedenza

assoluta:

a- i medici che già svolgono servizio di Continuità Assistenziale in Istituti Penitenziari della Regione Veneto o ambiti affini, con l'ordine dell'anzianità di servizio;

b- residenti nell'ambito territoriale di questa Azienda ULSS, con il seguente ordine successivo di prevalenza:

1. Medici iscritti nella graduatoria unica regionale 2014, 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 2, 3, 4 e 5 saranno graduati tenendo conto delle priorità di cui ai punti c), d) ed e) sottoelencati:

c- essere in possesso di esperienza lavorativa specifica o specializzazione preferibilmente in medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione;

d- conoscenza delle lingue straniere;

e- essere in possesso di capacità informatiche;

Inoltre successivamente i Medici, di cui ai punti 2, 3, 4 e 5, verranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) la minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- b) il voto di laurea
- c) l'anzianità di laurea

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

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

I Medici dovranno essere in grado di raggiungere la sede della Casa Circondariale di Rovigo 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 legale, entro 20 giorni 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 UOC Gestione Risorse in Convenzione (tel. 0425/393970).

(seguono allegati)

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI ROVIGO

12 DIC 2014

Prot. N°

1619

Il Direttore Generale Dr. Arturo Orsini

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto

Dott. _____ na
to a _____

_____ il _____ residente in

_____ Via/Piazza _____

n° _____ iscritto all'Albo dei _____
della _____

Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000

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 partecipante 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 inserito in 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 UOC 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 _____

Bollo € 16,00

Alla UOC 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 _____
 di essere specializzato in _____
 di avere avuto precedenti esperienze lavorative specifiche _____
 di conoscere le seguenti lingue straniere (e specificare tipo di conoscenza: Base /
 Autonomia / Padronanza) _____
 di essere in possesso delle seguenti capacità informatiche (precisare: sistemi operativi /
 programmi / uso di internet e posta elettronica) _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di eventuali incarichi presso la Casa Circondariale 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