

UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 18, ROVIGO

Avviso per la formazione della graduatoria aziendale valida per l'anno 2013 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 23/03/2005 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 2012, 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, verranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) residenza nell'ambito territoriale di questa Azienda ULSS
- 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 e 3, verranno assegnati incarichi annuali, mentre ai Medici di cui ai punti 4 e 5 incarichi trimestrali non rinnovabili nello stesso anno solare.

La Graduatoria verrà pertanto utilizzata come segue: prima i medici di cui al punto 1, poi i medici residenti dei punti 2, 3 e 4, poi i medici non residenti dei punti 2, 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) e pubblicato sul sito: www.azisanrovigo.ti.

Il Direttore Generale
Dr. Adriano Marcolongo

Autocertificazione Informativa

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 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:

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

i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesta Azienda ULSS al fine della formulazione della graduatoria

il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'Azienda ULSS 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

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 _____

BOLLO € 14,62 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 ri-

portate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

- 1) Allegato: Copia documento valido d'identità
Approvato con decreto del Direttore Generale n. 697 del 2/10/2012.

[Torna al sommario](#)