



UOC MEDICINA CONVENZIONATA E
RAPPORTI IN CONVENZIONE

Avviso riservato ai Medici di Medicina Generale inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2017

È indetto avviso per il conferimento di un incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale, con decorrenza 14 Dicembre 2017 e durata massima di 12 mesi, ovvero fino alla data di inserimento del Medico di Medicina Generale avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – intesa del 23.05.2005 e s.m.i., da inserire nell'ambito territoriale del Distretto n. 4-Chioggia, località CONA (Pegolotte) Prov. VE.

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Convenzionata valida per l'anno 2017.

La domanda di cui all'allegato n. 2 dovrà pervenire debitamente firmata entro il perentorio termine del 15 Novembre 2017 al protocollo generale AULSS 3 Via Madonna Marina 500-Chioggia, a mano/a mezzo raccomandata A.R. (farà fede il timbro postale) ovvero a mezzo pec all'indirizzo protocollo.ulss3@pecveneto.it, unitamente a copia di un valido documento di identità; il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio):

- a) la *data*, il *luogo* di nascita e la *residenza*;
- b) *iscrizione* all'albo professionale;
- c) *posizione* ricoperta nella graduatoria regionale del Veneto per l'anno 2017 della Medicina Generale, con relativo punteggio;
- d) di *essere*, ovvero *non essere*, (sottolineare la voce interessata) residente nell'ambito territoriale di Cavarzere/Cona del Distretto n. 4 - Chioggia;
- e) il *domicilio* o l'*indirizzo* presso il quale devono, ad ogni effetto, essere inviate le necessarie comunicazioni. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata alla lettera a);
- f) il *recapito telefonico*, l'*indirizzo pec* e/o di *posta elettronica*;
- g) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);
- h) allegare, debitamente compilata e firmata, la "dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)" - Allegato 1) del vigente ACN.

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico resosi disponibile.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente.

In assenza di domande da parte dei medici inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di **medici specializzati in medicina**, ovvero in disciplina equipollente a medicina, **non inseriti in detta graduatoria** (che saranno ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e, infine, la minore età, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente. **Tali informazioni dovranno obbligatoriamente essere dichiarate dall'interessato nella domanda ad integrazione della stessa.**

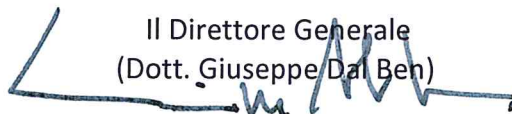
Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – intesa del 23.05.2005 e s.m.i. nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per eventuali, ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi ad Area Staff convenzioni & L.P. tel. 041-5534741/5573328.

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'albo aziendale del sito internet www.aulss3.veneto.it.

Il Direttore Generale
(Dott. Giuseppe Dal Ben)



All.: Allegato 1) dichiarazione sostitutiva atto notorio del vigente ACN
Allegato 2) schema di domanda



Allegato 1**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il sottoscritto dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n.....

Codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

Dichiara:

- Aver conseguito laurea in Medicina e Chirurgia con voti.....in data..... presso l'Università.....
- Aver conseguito diploma di specializzazione in..... con voti.....in data.....presso l'Università.....
- Di essere regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....n°.....
- Codice Enpam.....
- IBAN.....
- PEC.....

Dichiara formalmente di:1. essere non essere

titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto..... ore settimanali.....

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal.....

2. essere non essere

titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal.....

3. essere non essere

titolare di incarico come medico di Pediatria ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal.....

**UOC MEDICINA CONVENZIONATA
E RAPPORTI IN CONVENZIONE**

4. essere
 non essere

titolare di incarico

- a tempo indeterminato
 a tempo determinato

come specialista ambulatoriale convenzionato:

A.S.L. branca..... ore sett.....

A.S.L..... branca..... ore sett.....

5. essere
 non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

6. avere
 non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 Decreto Legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

7. 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..... A.S.L..... ore sett.....

- in forma attiva
 in forma di disponibilità

8. essere
 non essere

iscritto a corso di formazione di medicina generale di cui al Decreto Legislativo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo 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

a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:



UOC MEDICINA CONVENZIONATA
E RAPPORTI IN CONVENZIONE

Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

10. operare
 non operare

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

Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

11. svolgere
 non svolgere

funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del Testo Unico Sicurezza Lavoro (D.Lgs. 81/2008):

Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....

12. svolgere
 non svolgere

per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....

13. avere
 non avere

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

Azienda.....
Periodo: dal.....

14. essere
 non essere

titolare o compartecipe di quote di imprese o

- esercitare
 non esercitare

le seguenti attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

.....



UOC MEDICINA CONVENZIONATA
E RAPPORTI IN CONVENZIONE

- 15. 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.....

- 16. 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 scrive: nessuna)

.....

..... Periodo:
dal.....

- 17. essere
- non essere
- titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate,
- a tempo indeterminato
- o a tempo determinato:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

- 18. operare
- non operare

a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi 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 di trattamento di pensione a carico di:

.....

.....

Periodo: dal.....

- 20. fruire
- non fruire

del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

21. avere
 non avere
 procedimenti disciplinari a proprio carico in corso.

22. svolgere
 non svolgere

Attività libero professionale (art. 58 ACN 23.03.2005 e successive modificazioni)

a) Strutturata:

- data di avvio.....
- ubicazione dello studio.....
- ubicazione dell'Azienda c/o la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata.....
-
- giorni e orari di attività
-
- tipo di prestazioni effettuate
-

b) Occasionale

di usufruire del regime fiscale agevolato con tassazione del reddito al _____%
 fino al _____;

➤ chiedo che i pagamenti vengano effettuati sul c/c n. _____

IBAN: _____

Descrizione Banca e Filiale _____

(Informativa privacy)

di essere informato che ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

Completare tutte le voci con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare lo spazio che segue:

NOTE

In fede

data _____

Firma _____

Il sottoscritto è informato che il D.L.vo n.196\2003 prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Sui diritti.

Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità di cui alla vigente convenzione che regola i rapporti coi medici di medicina generale/specialisti pediatri di libera scelta e per i connessi fini fiscali, contributivi, economici, contabili, statistici, giudiziari e di controllo;
2. Il trattamento sarà effettuato con le modalità manuale e/o informatizzata;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i fini di cui al suddetto punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire e/o consentire l'utilizzo dei medesimi potrebbe comportare impedimenti all'instaurazione ovvero, se in atto, al prosieguo del rapporto convenzionale;
4. I dati potranno essere comunicati ad altre AULSS, agli Ordini dei Medici, all'Autorità Giudiziaria, al Ministero della Sanità, agli Uffici/Servizi Aziendale/Regionali e ad ogni altro Ente e/o Organismo Pubblico eventualmente interessato ai fini di cui al suddetto punto 1.

 Do il consenso

 Nego il consenso

Luogo e Data _____

(Firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto **deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità in corso di validità** del dichiarante.

RISERVATO ALL'UFFICIO:

Il/la sottoscritto/a _____, operante in qualità di

_____ presso l'U.O. _____

dell'AULSS n.3.-Serenissima (VE), attesta che il/la DR.\D.SSA _____

ha apposto la suddetta firma in mia presenza in data _____

(timbro e firma del Pubb.Uff.)


Allegato 2
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICO
 PROVVISORIO DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Il/la Sottoscritto/a dott./dott. ssa _____
 Nato a _____ Prov _____
 il _____, residente nel Comune di _____
 (CAP _____) Prov. _____ in Via _____ n. _____,

e-mail _____

PEC _____

Iscrizione all'albo professionale: _____ col n. _____
 posizione ricoperta nella graduatoria regionale del Veneto per l'anno **2017** della Medicina Generale
 n. _____ con punteggio di: _____

chiede

di partecipare all'avviso prot. _____ del _____ per il conferimento dell'incarico provvisorio
 di Medico di Medicina Generale relativo al Distretto n.4-Chioggia (VE) località CONA (Pegolotte) Prov. VE;

a tal fine dichiara:

- a) Di accettare che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico è considerata - ad ogni effetto - immediatamente impegnativa;
- b) Di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN).

Luogo _____ data _____

FIRMA _____