

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

ALL'AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA
VIA VALVERDE, 42
37122 - VERONA

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO ANNO 2018. AVVISO PROT. N. 421673 DEL 04 AGO, 2017

I sottoscritt_ Dr. _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel/cell/fax _____ PEC _____
E-mail _____

CHIEDE

di essere inserit_ nell'elenco aziendale dei medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori), di 24 ore settimanali, di medico di continuità assistenziale presso

[N.B. barrare con una "X" la/le casella/e interessata/e]

- ☐ **i Distretti nn. 1-2** (ex Ulss 20) ☐ **il Distretto n. 3** (ex Ulss 21) ☐ **il Distretto n. 4** (ex Ulss 22)
☐ **la Casa Circondariale di Verona (Sanità Penitenziaria).**

A tal fine, 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)

DICHIARA

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una "X" le caselle interessate]

1) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'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 _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

4) di ☐ essere ☐ non essere inserit_ nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Veneto valida per il corrente anno (specificare il punteggio _____);

4-bis) di ☐ avere ☐ non avere presentato domanda per essere inserit_ nella graduatoria della medicina generale della Regione Veneto valida per il prossimo anno (in tal caso il punteggio sarà rilevato d'ufficio: _____);

5) di ☐ essere ☐ non essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo ha svolto, sede del corso e data conseguimento _____); 1/4

6) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo svolge, sede del corso e anno di iscrizione _____);

7) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola e sede _____);

8) *[riservato ai medici che chiedono di essere inseriti nell'elenco per la Casa Circondariale di Verona e non si trovano in specifiche condizioni di incompatibilità per accedere alla stessa]* di essere in possesso di esperienza medica almeno annuale presso Istituti penitenziari di seguito elencati (specificare con precisione gli incarichi ricoperti e le Amministrazioni con le quali gli stessi sono stati instaurati, nonché i relativi periodi): _____

I sottoscritt_ dichiara inoltre:

9) di ☐ avere ☐ non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli art. 30, c. 7, lett. c) e art. 19, c. 2 - ACN Medicina Generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale _____);

10) di ☐ essere ☐ non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

11) 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 _____

12) 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 _____;

13) 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; periodo: dal _____;

14) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

15) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

17) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Veneto o in altra regione: Regione _____

Azienda _____ ore sett. _____

☐ in forma attiva ☐ in forma di disponibilità

18) 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 dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) di ☐ operare ☐ non operare 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:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

20) di ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della D.Lgs. 626/93 e s.m.i.: Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

21) di ☐ svolgere ☐ non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda ULSS di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

22) 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 _____

23) 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:

24) 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 _____

25) 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 _____

26) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

27) 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 _____

28) di ☐ essere ☐ non essere titolare di trattamento di pensione a: _____

Periodo: dal _____

29) di ☐ fruire ☐ non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 22: soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

Informativa privacy ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003: i dati forniti saranno trattati con modalità manuali e informatizzate per le finalità connesse alla domanda. Il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di ottenere l'incarico. I dati saranno oggetto di comunicazione alla Regione del Veneto e saranno oggetto di diffusione limitatamente alle informazioni indispensabili per la redazione degli elenchi (che saranno pubblicati sul sito internet aziendale). Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss n. 9 Scaligera. I responsabili del trattamento dei dati sono, per quanto di rispettiva competenza, il Direttore dell'UOC Servizio Professionisti in Convenzione – sede di Verona, il Direttore dell'UOC Attività Specialistica e Medicina Convenzionata – sede di Bussolengo e il Responsabile dell'USD Attività Amministrative Ospedale Territorio – sede di Legnago.

NOTE: _____

I sottoscritti accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS 9 Scaligera, 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 ULSS.

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di un documento d'identità in corso di validità.

data _____

firma _____ (*)

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore..