

Prot. n. 64798Verona, 12 APR. 2018

Medicina Generale - Assistenza Primaria

**Avviso urgente riservato ai Medici inseriti nella  
graduatoria regionale del Veneto della  
Medicina Generale valida per l'anno 2018**

Nelle more dell'espletamento delle procedure di assegnazione degli incarichi per gli ambiti territoriali carenti del 1° semestre 2018, è indetto avviso per il conferimento di un incarico provvisorio di Medico Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria, con decorrenza urgente e comunque non oltre il 14 maggio 2018 e fino alla data di inserimento del medico avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, 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 23.3.2005 e s.m.i., da inserire nell'ambito territoriale "DIS 4 AMMG 3" (Comuni di Erbe, Isola della Scala, Mozzecane, Nogarole Rocca, Povegliano, Trevenzuolo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca di Verona) del Distretto n. 2, con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di Vigasio – frazione Forette.

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2018. Si precisa sin d'ora che il medico titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, assistenza primaria, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, con scadenza prevista dello stesso successivamente al 31 maggio 2018 (in caso di recesso da parte del medico si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dal rispettivo ACN), risulta incompatibile con l'incarico in oggetto.

Nella domanda, da presentare firmata all'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C., a mezzo fax al n. 0456338615 o pec all'indirizzo protocollo.aulss9@pecveneto.it, entro il perentorio termine di giovedì 19 aprile 2018, allegando 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 2018 della Medicina Generale, con relativo punteggio;
- d) di avere, ovvero di non avere, incarichi convenzionali in corso (pediatria di libera scelta, assistenza primaria, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale interna); in caso affermativo, indicare la scadenza prevista dello stesso;
- e) di essere, ovvero di non essere, residente nell'ambito territoriale "DIS 4 AMMG 3" del Distretto n. 4, costituito dai Comuni di Erbe, Isola della Scala, Mozzecane, Nogarole Rocca, Povegliano, Trevenzuolo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca di Verona;

f) 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);

g) il recapito telefonico e l'indirizzo pec e di posta elettronica;

h) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);

i) allegare, debitamente compilata e firmata, la "dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)" - Allegato L) 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, nell'ordine, le domande di:

- Medici, pur non inseriti nella graduatoria regionale del Veneto, in possesso dei requisiti previsti per accedervi (diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente, ex D.Lgs. n. 368/99, cioè abilitati entro il 31.12.1994), con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- Medici di cui alla norma finale n. 5 (medici abilitati dopo il 31.12.1994)<sup>1</sup>, con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

I suddetti requisiti (oltre a tutti i dati di cui ai precedenti punti a, b, d, e, f, g, h, nonché università di conseguimento della laurea in medicina e chirurgia, data e voto di laurea, eventuale possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente) dovranno essere specificati dal medico nella domanda.

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 23.3.2005 e s.m.i. ([www.sisac.info](http://www.sisac.info)) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia, se ed in quanto applicabili.

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 chiarimenti di carattere amministrativo gli interessati potranno rivolgersi all'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C. (Sig.ra Rita Giacomelli, tel. 0456338542 - 0456338566) ovvero al Direttore dell'UOC Cure Primarie (Dott. Ermanno Motta, tel. 0456712402) per gli aspetti di carattere organizzativo/assistenziale.

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'Albo online – avvisi per selezioni pubbliche e nella sezione Concorsi e Avvisi del sito internet aziendale ([www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it)).

Il Direttore Generale  
(Dott. Pietro Girardi)



All.: Allegato L) del vigente ACN

**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. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 di \_\_\_\_\_

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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

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"