

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO**U.S.D. ATTIVITA' AMMINISTRATIVA OSPEDALE TERRITORIO
SEZIONE MEDICINA CONVENZIONATA E STRUTTURE ACCREDITATEProt. n. 182693Legnago 23-11-2017**Medicina Generale - Assistenza Primaria****Avviso riservato ai Medici inseriti nella
graduatoria regionale del Veneto della
Medicina Generale valida per l'anno 2017**

È indetto avviso per il conferimento di **un incarico provvisorio di Medico Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria**, con **decorrenza 27 Dicembre 2017** 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 3 AMMG 5" (Comuni di Cerea e Casaleone)** del Distretto n. 3.

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 2017. **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 27 dicembre 2017 (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'U.S.D. Attività Amministrative Ospedale - Territorio, a mezzo fax al n. 0442-622710 o pec all'indirizzo protocollo.aulss9@pecveneto.it, entro il perentorio termine del 11/12/2017,** 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 2017 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 non essere, residente nell'ambito territoriale "DIS 3 AMMG 5" del Distretto n. 3, costituito dai Comuni di Comuni di Cerea e Casaleone;
- 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. Il medico sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del medico di assistenza primaria Dott. G.S., che cesserà il 31.7.2017 (ultimo giorno di incarico), fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito.

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), 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) 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 alla U.S.D. Attività Amministrative Ospedale Territorio – Sezione medicina convenzionata e strutture accreditate (Dott. Dario Artioli tel. 0442-622388) ovvero al Direttore dell'UOC Cure Primarie - Distretto 3 ex Ulss n. 21 di Legnago (Dott. Oliviero Zanardi tel. 0442-622718) 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).

Il Direttore Generale
(Dott. Pietro Girardi)



Responsabile del procedimento: Dott. Dario Artioli
Referente istruttoria: Marchetto rag. Maurizio
Tel.: 0442-622661 – fax 0442-622710
E-mail: maurizio.marchetto@aulss9.veneto.it

M. di S. Cur



DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

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 incarico 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 medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte
Periodo: dal
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

5. 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..... A.S.L..... ore sett.....
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate 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.....
8. 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.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....
10. 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.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....

.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: 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".