



Prot. n. _____

178447

Verona, 16 NOV. 2017

Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta

**Avviso urgente riservato ai Medici Pediatri
inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2017**

È indetto avviso urgente per il conferimento di un incarico provvisorio di Medico Pediatra di libera scelta, con decorrenza 7 gennaio 2018 e fino alla data di inserimento del pediatra avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, secondo le modalità previste dall'art. 37 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta – intesa del 15.12.2005 e s.m.i., da inserire nell'ambito territoriale "DIS 4 APLS 5" (Comuni di Lazise, Castelnuovo e Peschiera del Garda – obbligo apertura ambulatorio a Peschiera del Garda) del Distretto n. 4;

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici pediatri, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017. Si precisa sin d'ora che il pediatra titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, assistenza primaria, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, con scadenza prevista dello stesso successivamente al 6 gennaio 2018 (in caso di recesso da parte del pediatra 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'Azienda ULSS n. 9 Scaligera – U.O.C. Attività Specialistica e Medicina Convenzionata sede di Valeggio sul Mincio (VR), a mezzo fax al n. 0456338615 o pec all'indirizzo protocollo.aulss9@pecveneto.it, entro il perentorio termine di
26 NOV. 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 Pediatria di Libera Scelta, 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 4 APLS 5" del Distretto n. 4, costituito dai Comuni di: Lazise, Castelnuovo, Peschiera del Garda;
- 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 I) del vigente ACN.

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

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra titolare Dott. P.D., che cesserà il 6.1.2018 (ultimo giorno di incarico), fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte del rappresentante legale del minore.

In assenza di domande da parte dei medici pediatri inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria, 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 pediatri residenti nell'ambito carente. Tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato 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 pediatri di libera scelta – intesa 15.12.2005 e s.m.i. (www.sisac.info) 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 chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Attività Specialistica e Medicina Convenzionata sede di Valeggio sul Mincio (VR) (tel. 045.6338542-8566).

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)

All.: Allegato I) del vigente ACN

ALLEGATO I)

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".