

Prot. n. 31681Verona, 12 FEB. 2019

Medicina Generale - Assistenza Primaria

**Avviso urgente riservato ai Medici inseriti nella
graduatoria regionale del Veneto della
Medicina Generale valida per l'anno 2019**

Nelle more dell'espletamento delle procedure di assegnazione degli incarichi per gli ambiti territoriali carenti del corrente anno, è indetto avviso per il conferimento dei seguenti incarichi provvisori di Medico Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria, con decorrenza 1° aprile 2019 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 nei seguenti ambiti territoriali:

A) ambito territoriale "DIS 1 AMMG 4" (Circoscrizioni 6-7 del Comune di Verona, Lavagno, San Martino Buon Albergo) del Distretto n. 1, con vincolo di apertura ambulatorio nella Circoscrizione n. 6 del Comune di Verona;

B) ambito territoriale "DIS 2 AMMG 1" (Badia Calavena, Illasi, Mezzane di Sotto, San Mauro di Saline, Selva di Progno, Tregnago) del Distretto n. 2, con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di Illasi;

C) ambito territoriale "DIS 3 AMMG 8" (Castagnaro, Villa Bartolomea) del Distretto n. 3, con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di Castagnaro.

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i medici, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2019. 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 marzo 2019 (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 gli incarichi in oggetto.

Nella domanda, da presentare firmata al'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C., a mezzo pec all'indirizzo protocollo.aulss9@pecveneto.it, ovvero a mezzo fax al n. 0442-622710 (Legnago), entro il perentorio termine di giovedì 28 febbraio 2019, 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 2019 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/i territoriale/i prescelti;

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 uno degli incarichi in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico resosi disponibile. Il medico deve dichiarare nella domanda l'incarico (A, B, C) per il quale si rende disponibile; in caso di disponibilità per più incarichi, gli stessi devono essere elencati in ordine di preferenza.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente. I medici saranno incaricati di assistere gli iscritti nelle liste dei medici di assistenza primaria Dott. L.B., S.G. e I.R., che cesseranno il 31.3.2019 e, dott. L.B., il 3.4.2019 (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)¹, 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.

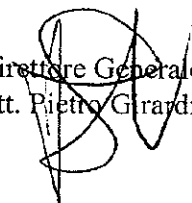
Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – intesa 23.3.2005 e s.m.i. (www.sisac.info) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia, 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 all'UOS Medicina Convenzionata (Dott. Paolo Barbieri, tel. 045-6712435, e, per l'incarico presso il Distretto n. 3, al Rag. Maurizio Marchetto, tel. 0442-622661).

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)



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) trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro 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 carico di: (2)

se ENPAM quota/e _____

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"