

AVVISO PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE, PRESSO LE AZIENDE USL DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, DI MEDICI DISPONIBILI PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA.

(Allegato alla determina del Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari n. 16652 del 21 dicembre 2011)

L'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23 marzo 2005 e successive modifiche ed integrazioni e l'Accordo regionale (deliberazione di Giunta Regionale n. 1398 del 9 ottobre 2006) disciplinano le modalità ed i criteri per la formazione di graduatorie aziendali di medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione).

Le graduatorie saranno predisposte, a livello aziendale, per ciascun settore di attività (assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale) secondo i criteri previsti dall' art. 15, comma 12, dagli artt. 37,38,70,81,97, dalle norme transitorie n. 4 e 7 e dalla norma finale n. 5 del citato Accordo Nazionale e dall' Accordo Regionale, tenuto conto, per i medici disponibili ad incarichi presso gli istituti penitenziari, dell'anzianità di servizio maturata in tale attività;

Dato atto che le graduatorie saranno valide per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

I medici disponibili per incarichi a tempo determinato nel settore dell'emergenza sanitaria territoriale devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato da Aziende Sanitarie.

I medici devono presentare domanda, ad una o più Aziende, utilizzando il modulo allegato (allegato A) e potranno essere interpellati solo dalle Aziende USL a cui verrà presentata domanda.

Le domande, in bollo, devono essere spedite con raccomandata A.R. (fa fede il timbro postale) o consegnate alle Aziende USL entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, ai seguenti indirizzi:

Azienda USL di Piacenza - Dipartimento Cure Primarie - P.le Milano,2 - 29121 Piacenza

Azienda USL di Parma - Servizio Convenzioni - Strada del Quartiere,2/A - 43125 Parma;

Azienda USL di Reggio Emilia - U.O.Rapporti Convenzionali - Via Amendola,2 - 42122 Reggio Emilia

Azienda USL di Modena - Servizio CAAD - Via S.Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena;

Azienda USL di Bologna - Servizio Convenzioni Nazionali - Via Montebello,6 - 40121 Bologna

Azienda USL di Imola - Dipartimento Cure Primarie - Viale Amendola,2 - 40026 Imola(BO)

Azienda USL di Ferrara - Ufficio Convenzioni - Via Cassoli,30 - 44121 Ferrara

Azienda USL di Ravenna - Ufficio Convenzioni Mediche - Via Largo Portello, 1 - 48018 Faenza;

Azienda USL di Forlì - U.O. Attività sanitaria di Cure Primarie - Via Oberdan,11 - 47121 Forlì

Azienda USL di Cesena - Dipartimento Cure Primarie - Corso Cavour, 180 - 47023 Cesena

Azienda USL di Rimini - Ufficio Interdistrettuale Convenzioni mediche - Via Coriano n. 38 - 47924 Rimini

Domanda di inserimento nelle graduatorie presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna per il conferimento di incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale.

Marca da bollo € 14,62

Azienda USL di _____

Raccomandata A.R.

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ prov _____

Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

cell _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di codesta Azienda USL nel/i settore/i della medicina generale come di seguito indicato:

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi territoriali medicina dei servizi territoriali – medici penitenziari
- emergenza sanitaria territoriale *(per questo settore è necessario il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale)*

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale (art. 92, comma 4 dell'A.C.N.) conseguito presso _____ in data _____;

DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate: *(barrare le caselle che interessano)*

- di essere inserito nella/e graduatoria/e della medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2012 con il seguente punteggio:

- assistenza primaria: punti _____
- continuità assistenziale: punti _____
- medicina dei servizi: punti _____
- emergenza sanitaria territoriale: punti _____

di non essere inserito nella/e graduatoria/e di medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2012 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ a _____;

abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;

iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale (specificare sede del corso _____)

con borsa di studio senza borsa di studio

iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede* _____)

con contratto di formazione specialistica senza contratto di formazione specialistica

di aver svolto attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari (SIAS) nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ c/o Istituto penitenziario _____

dal _____ al _____ c/o Istituto penitenziario _____

dal _____ al _____ c/o Istituto penitenziario _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di essere di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* _____ *dal* _____)

di avere di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* _____ *dal* _____)

di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende USL: _____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo: _____

data _____ firma _____ (*)

(*) La sottoscrizione non e' 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.

N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dalla graduatoria. Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono state acquisite.