

Pisa, 26 Marzo 2009

BANDO PER IL CONFERIMENTO INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Si comunica che in ottemperanza a quanto stabilito dall' Accordo Aziendale di Continuità Assistenziale approvato dal Comitato Aziendale di Medicina Generale viene indetto il presente bando di conferimento incarichi a tempo determinato di sostituzione e/o reperibilità.

La graduatoria sarà redatta ai sensi dell'art. 70 A.C.N. del 23/03/05 , secondo i criteri stabiliti nell'accordo regionale del 20/10/ 2008 integrato con l'accordo aziendale del 17/03/2009 .

Il bando per il conferimento degli incarichi sarà pubblicato ogni semestre (2 volte all'anno) .

La graduatoria sarà formata secondo i seguenti criteri e priorità:

1. medici inseriti in graduatoria regionale con priorità per i medici residenti all'interno dell'azienda;
2. medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda;
3. medici non iscritti al corso di formazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda;
4. medici iscritti al corso di formazione o specializzazione e non presenti nella graduatoria regionale di settore con precedenza per i medici residenti nell'Azienda.

I medici di cui ai punti 2, 3, 4 potranno essere incaricati complessivamente per non più di tre mesi all'anno (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Assistenza Turistica e codici bianchi).

La richiesta di partecipazione dovrà essere indirizzata a: **AZIENDA USL n.5 di Pisa Ufficio Emergenza Urgenza Sanitaria, Via Fantozzi,14 - 56025 Pontedera.**



U.O. ACQUISIZIONE SERVIZI SANITARI

Le domande dovranno essere inviata esclusivamente tramite Raccomandata A.R. entro il **27/04/2009** (farà fede il timbro postale).

Il Bando sarà pubblicata presso gli albi aziendali e sul sito della A.S.L. 5 entro 1°Aprile 2009

I MODULI PER LA COMPILAZIONE DELLE DOMANDE SONO A DISPOSIZIONE PRESSO L'UFFICIO EMERGENZA URGENZA, PRESSO GLI UFFICI DI MEDICINA GENERALE ADI PISA, PONTEDERA E VOLTERRA PRESSO L' ORDINE DEI MEDICI DI PISA E PRESSO LE SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

Il Direttore
(Dr.ssa Maida Pistolesi)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Raccomandata AR

ALLA AZIENDA SANITARIA N. 5 PISA
UFF. EMERGENZA URGENZA
Via Fantozzi, 14
56025 PONTEDERA

Il sottoscritto Dr. nato a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via

n..... CAP Tel.....

VISTO IL BANDO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE INDETTO DA CODESTA AZIENDA USL

chiede di partecipare alla selezione pubblica di inserimento nella graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Continuità Assistenziale.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

di non aver riportato condanne penali / di aver riportato le seguenti condanne penali:
.....;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali / di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali
.....;

di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di.....in data
con valutazione finale di.....;

di essere/non essere in possesso del Diploma di Specializzazione in
..... conseguito presso l'Università di..... in data
.....;

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di.....
dal ;

di essere/ non essere inserito nella Graduatoria Regionale Toscana per l'anno

Non essere 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:

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

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 ;

essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)

ASL branca ore sett.;

essere/non essere (1) iscritt... negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia branca

periodo dal

non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma 5, D.L.vo. n. 502/92;

essere/non essere titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato od a tempo determinato (1) nella Regione Toscana o in altra Regione (2) :

Regione ASL ore sett.
in forma attiva - in forma di disponibilità (1);

essere/non essere iscritto (1) al corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/1991, o al corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/1991, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/1999:

denominazione del corso

soggetto pubblico che lo svolge

inizio dal

non operare 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. 502/1992 e successive modificazioni;

operare/non operare (1) a qualsiasi titolo i presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi del art. 43 L. n. 833/1978 (2);

Organismo ore settimanali

Via Comune di

Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo dal

non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della L. 626/1993:

Aziendaore settimanali

Via Comune di

Periodo dal

svolgere/non svolgere (1) per conto dell'I.N.P.S. o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda Comune di

Periodo dal

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con Case di Cura private e industrie farmaceutiche:

non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/Non esercitare attività che possano configurare conflitto di interessi con rapporto di lavoro con il S.S.N.;

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

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 scrivere: nessuna)

.....periodo dal

essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2) :

ASL Comune di ore settimanali

tipo di attività

periodo dal

non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata;

essere/Non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di (2)

..... periodo dal

di fruire/non fruire (1) del trattamento 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

Mi impegno a comunicare alla ASL di iscrizione, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

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"

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la selezione: Via / Piazza n° Località
Prov. CAP. Recapito telefonico

Il sottoscritto allega alla presente domanda:
Fotocopia fronte / retro di valido documento di identità;
Copia del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
Copia del certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria di Pisa al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente domanda.

Luogo e data

FIRMA