



**Aviso pubblico per la formazione di una graduatoria da utilizzare
per il conferimento di nuovi incarichi a tempo determinato
nel servizio di continuità assistenziale**

In esecuzione alla deliberazione n. 691 del 27.08.09, si rende noto che questa Azienda ULSS n. 2 di Feltre intende procedere alla formazione di una graduatoria con validità annuale (01/01/2010-31/12/2010) da utilizzare per il conferimento di incarichi nel servizio di continuità assistenziale, ai sensi dell'art. 70 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina Generale esecutivo dal 23.03.2005 e secondo le indicazioni contenute nella DGRV 1068 del 17 aprile 2007.

Le domande saranno valutate secondo i seguenti criteri di priorità:

PRIORITA'

- a. Medici inseriti nella graduatoria unica regionale della Medicina Generale;
- b. Medici, pur non inseriti nella graduatoria regionale, in possesso dei requisiti previsti (diploma di formazione specifica in M.G. o equipollenti, ex D.Lgs. n. 368/99, cioè abilitati entro il 31/12/1994);
- c. Medici di cui alla norma finale n. 5 (medici abilitati dopo il 31/12/1994);
- d. Medici frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale (di cui all'art. 19 comma 11 della Legge n. 448/2001);
- e. Medici specializzandi (di cui all'art. 19 c.11 della Legge n. 448/2001), anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.

IN SUBORDINE

- I. ai medici che risiedono nell'ambito provinciale della ULSS di Feltre;
- II. anzianità di laurea;

DOMANDE PERVENUTE FUORI TERMINE

Le domande pervenute successivamente alla formulazione della graduatoria di cui sopra, potranno essere utilizzate per il conferimento degli incarichi, una volta esaurita questa, secondo l'ordine di protocollo e che di tale integrazione ne verrà data comunicazione semestralmente mediante affissione all'albo.

I medici interessati sono invitati a presentare domanda utilizzando il modulo scaricabile dal sito internet www.ulssfeltre.veneto.it o richiedibile all'Ufficio Convenzioni di questa ULSS tel. 0439 883031, allegando copia di un documento valido di riconoscimento, **entro le ore 12.00 del 31 dicembre 2009.**

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni, Via Bagnols Sur Ceze, 3 – 32032 Feltre, tel. 0439 883031.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Bortolo Simoni

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____,

Chiede

di essere ammesso alla graduatoria aziendale, valida per l'anno 2010, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale e pertanto
Dichiara

sotto la propria responsabilità, essendo consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci:

- di essere residente nel Comune di _____ dal _____
(Prov. _____ CAP _____), Via _____
Telefono _____, cellulare _____
e-mail _____;
- di essersi laureato/a a _____ il _____ con voto _____/110; ed abilitato/a il _____ a _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n° _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- di essere/non essere iscritto in graduatoria della Regione Veneto anno _____ con punti _____;
- di avere/non avere superato con esito favorevole il corso biennale di medicina generale alla data del _____ a _____;
- di essere/non essere specializzato in _____ presso l'Università di _____ data _____ con voto _____/_____;
- di essere/non essere iscritto al _____ anno del corso triennale di medicina generale\corso di specializzazione in _____ presso _____
- di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____

presso _____ dal
_____ al _____ per n° _____ ore sett.li;

di avere svolto l'ultimo incarico nel Servizio di Continuità Assistenziale presso:

l'ASL n° _____ di _____ dal _____ al _____;

Note: _____

Data _____

Firma: _____

SI ALLEGA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'

ATTENZIONE: le domande non corredate di valido documento di identità non verranno considerate.

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196 DEL 30/06/2003

Il sottoscritto dr./d.ssa _____, è altresì informato che il D.L.vo n.196/2003 prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Sui diritti.

Pertanto, in relazione alla presente dichiarazione dichiaro di essere stato informato che:

1. I dati da Me forniti verranno trattati per l'inserimento nella banca dati aziendale per il conferimento di incarichi nel servizio di continuità assistenziale e per i connessi fini contabili, statistici, informativi, dell'utenza, giudiziari e di controllo;
2. I dati da Me forniti potranno essere comunicati ai Medici di Medicina Generale del territorio dell'ULSS n. 2 ai fini di quanto previsto dalla convenzione vigente.
3. Il trattamento sarà effettuato con le modalità manuale e/o informatizzata;
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i fini di cui al suddetto punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire i medesimi potrebbe comportare la mancata attribuzione degli incarichi in argomento.
5. I dati potranno essere comunicati ad altre AULSS, agli Ordini dei Medici, all'Autorità Giudiziaria, al Ministero della Sanità, agli Uffici, Servizi Regionali e ad ogni altro Ente e/o Organismo Pubblico eventualmente interessato ai fini di cui al suddetto punto 1.

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e Data _____