

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ULSS N. 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640
Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E ALTRE
PROFESSIONALITA' (BIOLOGI,PSICOLOGI,CHIMICI)

presso il Servizio Convenzioni
Via G. Murari Brà n. 35 – 37136 VERONA – Tel 045\8075804 – Fax 045\8075759

Prot. 102604

Verona, 21 DIC, 2015

**OGGETTO: Integrazione AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO
L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 15 Dicembre 2015 (IV TRIMESTRE
2015).**

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 10 GENNAIO 2016

In relazione alla comunicazione pervenuta dall'Inail di Verona, operante nell'ambito zonale di Verona, viene pubblicato all'Albo di questo Comitato Consultivo Zonale, ai sensi dell'art. 22 del vigente A.C.N. – Intesa del 23.03.2005 e s.m.i., il turno disponibile sotto indicato.

Specialisti ambulatoriali interni

Branca: RADIOLOGIA

INAIL – Sede di Legnago - **ore settimanali 2,00** – con orario mattutino (tra le ore 8,30 e le ore 12,30) un giorno la settimana. Turno indivisibile.

La disciplina del rapporto è interamente regolata dall'ACN nel testo recepito dall'INAIL con verbale di intesa del 30.07.2010.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca sopraindicata.

Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale dal 1° al 10° giorno del mese di GENNAIO 2016 utilizzando il modello di domanda riportato in allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso a mezzo di:

- **lettera raccomandata A.R. (farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante)** al seguente indirizzo: Comitato Consultivo Zonale di Verona, presso il Servizio Professionisti in Convenzione dell'Azienda Ulss 20 di Verona, via G. Murari Brà, 35 – 37136 VERONA

allegando fotocopia di un valido documento di identità e apponendo sulla domanda marca da bollo da € 16,00.

I requisiti prescritti - per i quali si rinvia alle disposizioni di cui al vigente A.C.N. - devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dall'avviso per la presentazione delle domande.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ULSS N. 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E ALTRE
PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, PSICOLOGI, CHIMICI)

presso il Servizio Convenzioni

Via G. Murari Brà n. 35 - 37136 VERONA - Tel 045\8075804 - Fax 045\8075759

I candidati potranno eventualmente essere sottoposti a specifico colloquio e/o prova teorico-pratica al fine di verificare il possesso delle specifiche capacità professionali richieste.

Si ricorda che a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica devono essere **obbligatoriamente autocertificati** ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi. Le Amministrazioni Pubbliche sono comunque tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui ai succitati articoli 46 e 47 nonché tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle Pubbliche Amministrazioni, previa indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

I titoli conseguiti presso soggetti privati possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. 445/2000. Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva.

Le dichiarazioni sostitutive verranno redatte dal candidato mediante la compilazione del modello di domanda allegato.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

Si informa che saranno prese in considerazione tutte le domande di disponibilità che perverranno nei termini stabiliti dagli aspiranti ai turni sopra indicati, comprese quelle dei medici non inseriti nella relativa graduatoria (art. 23 comma 11) in corso di validità, dando precedenza a coloro che sono inseriti in graduatoria (art. 23 comma 10), ai sensi del vigente A.C.N. - Intesa del 23 marzo 2005 e s.m.i.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ULSS N. 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E ALTRE
PROFESSIONALITA' (BIOLOGI,PSICOLOGI,CHIMICI)

presso il Servizio Convenzioni

Via G. Murari Brà n. 35 – 37136 VERONA – Tel 045\8075804 – Fax 045\8075759

Gli incarichi oggetto della presente pubblicazione verranno conferiti in conformità alle disposizioni regionali vigenti in materia di contenimento della spesa per la medicina specialistica ambulatoriale interna.

Il presente avviso viene pubblicato nel sito della Azienda ULSS 20: www.ulss20.verona.it – Albo on line – Albo Pretorio.

Per ogni eventuale informazione si prega di rivolgersi a:

dott.ssa Cristina Menorello (tel. 045/807 5804) - oppure all'indirizzo e-mail: cmenorello@ulss20.verona.it

IL PRESIDENTE DEL COMITATO CONSULTIVO ZONALE

(d. Paolo Costa)

A circular official stamp of the Comitato Consultivo Zonale. The text around the perimeter of the stamp reads "COMITATO CONSULTIVO ZONALE" at the top, "ULSS N. 20" in the center, and "VERONA" at the bottom. The stamp is partially overlaid by a handwritten signature in black ink.

Applicare la marca da bollo
da € 16,00 (secondo le
vigenti disposizioni in
materia)

Al Comitato Consultivo Zonale
Medici Specialisti Ambulatoriali,
Medici Veterinari ed altre
Professionalità Sanitarie
ambulatoriali della Provincia di
Verona
c/o U.O. C. Servizio Professionisti in
Convenzione - ULSS n.20
Via G. Murari Brà, 35
37136 - VERONA

Il sottoscritto Dr. _____
nato il _____ a _____ (prov. _____),
residente a _____ CAP _____ (prov. _____), in via
_____, domiciliato nel comune di
(compilare solo se non coincidente con la residenza) _____
via _____ CAP _____ (prov. _____)
tel. _____ cell. _____, indirizzo di posta
elettronica _____
PEC _____
C.F. _____
comunica la propria disponibilità per la copertura del turno vacante di n. _____ ore sett.li
nella branca di _____ presso l'Azienda

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e
successive modifiche e integrazioni

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445, in caso
di dichiarazioni non veritiere:

a) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;

b) di essere in possesso della laurea in Psicologia conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;

c) di essere iscritto all'Albo professionale (dei Medici Chirurghi o degli Psicologi) presso l'Ordine di _____ al n. _____ dal _____;

d) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;

e) di essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste per il turno relativo alla branca di: _____ (indicare la branca specialistica/professionale per cui si presenta la disponibilità) in quanto (indicare l'attività svolta, precisando azienda o ente, la tipologia del rapporto di lavoro, la data inizio e fine rapporto, e ogni ulteriore elemento utile ad attestare il possesso delle particolari capacità professionali richieste nell'avviso)

f) di non avere riportato provvedimenti disciplinari
ovvero
di avere riportato i seguenti provvedimenti disciplinari: _____

e di non avere procedimenti disciplinari in corso

ovvero di avere procedimenti disciplinari in corso:
(specificare) _____

DICHIARA ALTRESI'

g) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca messa a concorso, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con i medici specialisti ambulatoriali reso esecutivo in data 23 marzo 2005 con intesa nella Conferenza Stato-Regioni e s.m.i., nell'ambito zonale in cui è pubblicato il turno ovvero in diverso ambito zonale della stessa regione o in ambito zonale di altra regione confinante e precisamente presso:

ULSS n. _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

ULSS n. _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

ULSS n. _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

Azienda Ospedaliera di _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

e di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto A.C.N. la seguente anzianità di servizio:

_____;

nonché di svolgere in via esclusiva attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo;

h) di essere titolare di incarichi in branche diverse, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N. e di richiedere di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico;

i) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in altro ambito zonale e di richiedere di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

l) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N. e di chiedere il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

m) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale soggetto, per lo svolgimento di altra attività, alle limitazioni di orario di cui all'art.16 A.C.N.;

n) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso:

- il Ministero della Difesa dal _____

- il Ministero di Grazia e Giustizia dal _____

- l'INAIL dal _____

- il SASN dal _____

o) di essere titolare di incarico a tempo determinato, ai sensi dell' art. 23 comma 10 ACN, presso:

ULSS n. _____ dal _____ per n. ____ ore sett.li;

ULSS n. _____ dal _____ per n. ____ ore sett.li;

INAIL di _____ dal _____ per n. ____ ore sett.li;

Azienda Ospedaliera di _____ dal _____ per n. ____ ore sett.li

p) di essere specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM a partire dal _____, ente erogatore del trattamento pensionistico _____;

q) di essere medico generico ambulatoriale in servizio dal _____, e di richiedere di ottenere un incarico medico specialistico nella branca in cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare;

r) di essere titolare dell'incarico di :

- medico di medicina generale presso _____

dal _____ specificare se a tempo determinato o indeterminato _____

- medico specialista pediatra di libera scelta presso _____

dal _____ specificare se a tempo determinato o indeterminato _____

- medico di medicina dei servizi presso _____

dal _____ specificare se a tempo determinato o indeterminato _____

- medico della continuità assistenziale presso _____

dal _____ specificare se a tempo determinato o indeterminato _____

- medico dipendente di struttura pubblica presso _____

dal _____ specificare se a tempo determinato o indeterminato _____

in possesso della specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

s) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2016 dei medici specialisti/professionisti ambulatoriali interni nella provincia di Verona con il n. _____;

t) di impegnarsi, in caso di assegnazione dell'incarico, ad eliminare eventuali forme di incompatibilità;

u) di avere conseguito il seguente numero di crediti ECM per il triennio 2011/2013 _____;

v) altre eventuali informazioni _____

z) chiede che ogni comunicazione riguardante la presente procedura venga effettuata al seguente recapito:

Sig. _____

Indirizzo _____

N. telefono _____

Ed esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente procedura ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data

Firma

ALLEGA: Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.