



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

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



Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

Prot. n.

18568

Verona,

13 FEB. 2015

Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta

Avviso riservato ai Medici Pediatri inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2015

È indetto avviso per il conferimento di **due incarichi provvisori di Medico Pediatra di Libera Scelta**, con decorrenza **1° aprile 2015** e durata non superiore a 12 mesi o fino alla data di inserimento del pediatra avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 37 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta – intesa del 15.12.2005 e s.m.i., da inserire rispettivamente:

- 1) nell'ambito territoriale n. 2 del **Distretto Socio Sanitario n. 2 con obbligo di apertura ambulatorio nel comune di San Giovanni Lupatoto;**
- 2) nell'ambito territoriale n. 3 del **Distretto Socio Sanitario n. 3 con obbligo di apertura ambulatorio nel comune di Cerro Veronese;**

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i medici pediatri, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2015.

Nella domanda, da presentare firmata al Servizio Professionisti in Convenzione, esclusivamente a mezzo fax al n. 0458075759 o pec all'indirizzo convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it, entro il perentorio termine di giovedì 26 febbraio 2015, 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 2015 della Pediatria di Libera Scelta, con relativo punteggio;
- d) l'ambito, o gli ambiti, per i quali si intende concorrere (si provvederà a stilare una graduatoria per ciascun ambito; qualora un pediatra sia in posizione favorevole in più ambiti, sarà invitato a comunicare con sollecitudine la propria scelta);
- e) di essere, ovvero non essere, residente in ciascuno degli ambiti territoriali per i quali intende concorrere, i cui riferimenti territoriali risultano essere i seguenti:

- ambito territoriale n. 2 del Distretto Socio Sanitario n. 2: è costituito dalle Circoscrizioni n. 4 e 5 del Comune di Verona e dai Comuni di Buttapietra, Castel d'Azzano, S. Giovanni Lupatoto);

- ambito territoriale n. 3 del Distretto Socio Sanitario n. 3: è costituito dalle Circoscrizioni n. 6, 7 e 8 del Comune di Verona e dai Comuni di Boscochiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Roverè Veronese, San Martino Buon Albergo, Lavagno;

e) 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);

f) il recapito telefonico e l'indirizzo pec e di posta elettronica;

g) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);

e) allegare, debitamente compilata e firmata, la "dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)" - Allegato I) 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.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente.

In assenza di domande da parte dei medici pediatri inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria, non inseriti in detta graduatoria (che saranno ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e, infine, la minore età, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato 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 pediatri di libera scelta – intesa 15.12.2005 e s.m.i. nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

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 sanitario e organizzativo gli interessati potranno rivolgersi, per quanto di rispettiva competenza, al Direttore f.f. del Distretto Socio Sanitario n. 2 (Dott. Nicola Pietro Calò, tel. 045-4932111), al Direttore del Distretto Socio Sanitario n. 3 (Dott. Graziano Preite, tel. 045-8787777) ovvero, per informazioni di carattere amministrativo, al Servizio Professionisti in Convenzione (Dott. Paolo Barbieri, tel. 045-8075755).

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'albo aziendale e nella sezione "concorsi" e alla voce "convenzionata" del sito internet www.ulss20.verona.it.



Il Direttore Generale *FR*
(Dott. ssa M. Giuseppina Bonavina)
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Fabrizio Garbin)

All.: Allegato I) del vigente ACN

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

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 incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte
Periodo: dal
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

5. 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..... A.S.L..... ore sett.....
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate 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.....
8. 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.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 A.S.L. Comune di.....
 Periodo: dal.....
10. 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.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: 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".