



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE
SSD Personale convenzionato

**PUBBLICAZIONE INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI PRESSO
SEDE INAIL DI PARMA**

(artt. 9 e 10 dell' Accordo per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni operanti presso l'Inail)

MESE DI SETTEMBRE 2020

INVIO DAL 01 AL 10 OTTOBRE 2020 (allegato fac-simile disponibilità)

TEMPO INDETERMINATO – EX ART. 10 A.C.N. 11.04.2018 INAIL

Sede INAIL di Parma Branca: Dermatologia	N. 4 ore settimanali indivisibili a tempo indeterminato presso la Sede INAIL di Parma – Via Abbeveratoia 71/a – da espletarsi in orario mattutino.
---	--

Sede INAIL di Parma Branca: Chirurgia	N. 10 ore settimanali indivisibili a tempo indeterminato presso la Sede INAIL di Parma – Via Abbeveratoia 71/a – da espletarsi in orario mattutino.
--	---

L'avviso è pubblicato dall'Azienda USL di Parma, ai sensi dell'art. 9 dell' Accordo per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni operanti presso l'Inail, dal 15.09.2020 fino a tutto il 30.09.2020, sul sito internet aziendale: www.ausl.pr.it alla pagina CONCORSI sezione MEDICINA CONVENZIONATA.

I candidati hanno la facoltà di inviare la domanda nelle seguenti modalità:

- tramite **Posta Elettronica Certificata (PEC)** all'indirizzo: AUSLdiParma@pec.ausl.pr.it
- tramite **Raccomandata A.R.**, all' Azienda USL di Parma – Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma, Struttura Semplice Dipartimentale Personale Convenzionato.

In entrambi i casi è obbligatorio allegare alla domanda **una copia del documento di identità in corso di validità**.

Occorre, inoltre, allegare la ricevuta di pagamento dell'imposta di bollo (16 €).

L'imposta può essere pagata mediante utilizzo del modulo F23, presso lo sportello bancario o postale, utilizzando i seguenti dati:

CODICE TRIBUTO: 456T

DESCRIZIONE: imposta di bollo

UFFICIO/ENTE: TGV

Nel caso di invio della domanda tramite Raccomandata A.R. la marca da bollo può essere anche cartacea.

Le domande devono essere inviate **dal 1 al 10 ottobre 2020**. Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo.

Per la domanda presentata a mezzo posta Raccomandata AR fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

Il Direttore
S.S.D. Personale Convenzionato
Antonio Celendo

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARCHI A

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA'

Raccomandata A.R.

Marca da bollo €

16,00

**ALL' AZIENDA USL DI PARMA
S.S.D. Personale Convenzionato
Strada del Quartiere 2/A – 43125 Parma**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

_____ il _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Tel _____ Cell _____

email _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del **turno divisibile/indivisibile** di :

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca _____

di _____

presso il Distretto di _____

pubblicato nel mese _____

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca _____

di _____

presso il Distretto di _____

pubblicato nel mese _____

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca _____

di _____

presso il Distretto di

pubblicato nel mese

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca

di _____

presso il Distretto di

pubblicato nel mese

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca

di _____

presso il Distretto di

pubblicato nel mese

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca

di _____

presso il Distretto di

pubblicato nel mese

di _____ anno _____

n. _____ ore

settimanali _____

nella branca

di _____

presso il Distretto di

pubblicato nel mese

di _____ anno _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti,

decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di _____ in data _____;

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____;

3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____

presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;

presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (*allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione*);

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (*specificare sede e decorrenza*):

di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____;

di essere medico di medicina generale, medico pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro ed è in possesso del titolo di specializzazione della branca oggetto di incarico ;

di non essere titolare di incarico.

Dichiara inoltre:

- di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Comunicazioni con l'AUSL di Parma

Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione.

In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:

_____ (si chiede di scrivere l'indirizzo in caratteri ben leggibili).

Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.

Data ____/____/____

Firma per esteso

(*) A pena di esclusione la presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed **accompagnata dalla fotocopia leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive prodotte ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 devono contenere tutti gli elementi utili alla valutazione delle posizioni dichiarate nonché la specifica indicazione dell'ente pubblico, incaricato di pubblico servizio o altro soggetto competente al rilascio delle corrispondenti certificazioni.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B – ACN)

Il sottoscrittonato ail.....

M____F____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ (Prov _____)

Indirizzo _____ n° _____ Cap _____

telefono _____

PEC _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000 n° 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere/non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare/ non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere /non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere /non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 8 di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale;
 12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
 13. di essere/non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. N° 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del Dl.vo 30 dicembre 1992 n° 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.vo 17 agosto 1999 n°368 e successive modifiche ed integrazione;
 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiscenza;
 16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);
 17. di essere / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
- In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____

 _____;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
 19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE3)

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Dl.vo 30 giugno 2003 n° 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____

con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) Azienda sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli Specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.