



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

**PUBBLICAZIONE INCARICHI A MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI
VETERINARI E PROFESSIONISTI PRESSO I SERVIZI ED I PRESIDI
AMBULATORIALI DELLA PROVINCIA DI PARMA**

(artt. 19 e 20 dell' Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015)

MESE DI SETTEMBRE 2017

INVIO DAL 01 AL 10 OTTOBRE 2017 (allegato fac-simile disponibilità)

TEMPO INDETERMINATO – EX ART. 19 A.C.N. 17.12.2015

Distretto: Parma Branca: Endocrinologia	N° 3 (tre) ore settimanali indivisibili a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 A.C.N. 17.12.2015, da effettuare presso gli Istituti Penitenziari di Parma con articolazione oraria da concordare con il Direttore dell'U.O.C. Salute negli Istituti Penitenziari.
--	--

Distretto: Valli Taro e Ceno Branca: Oculistica	N° 7 (sette) ore settimanali indivisibili a tempo indeterminato da effettuarsi presso i Poliambulatori di Fornovo Taro e di Bardi, secondo modalità da concordare con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie.
--	--

TEMPO DETERMINATO – EX ART. 20 A.C.N. 17.12.2015

Distretto: Parma Branca: Geriatrica	N° 25 (venticinque) ore settimanali indivisibili a tempo determinato per mesi sei, da effettuare presso l'U.V.G. e presso il Centro dei disturbi cognitivi. L'articolazione oraria sarà concordata con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Parma.
--	---

Distretto: Parma Branca: Neurologia	N° 25 (venticinque) ore settimanali indivisibili a tempo determinato per mesi sei, da effettuare presso il Centro dei disturbi cognitivi. L'articolazione oraria sarà concordata con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Parma. <u>E' richiesta l'esperienza nel campo dei disturbi cognitivi da documentarsi tramite curriculum.</u>
--	--

Distretto: Parma/Fidenza Branca: Pneumologia	N° 15 (quindici) ore settimanali indivisibili a tempo determinato per mesi sei, da effettuare presso il Distretto di Parma e il Distretto di Fidenza. L'articolazione oraria sarà concordata con il Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Parma e il Direttore del Dipartimento Cure Primarie del Distretto di Fidenza.
---	--

L'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato avverrà secondo l'ordine di priorità indicato dall'art. 19 dell'A.C.N. 17.12.2015.

Gli incarichi a tempo determinato saranno conferiti allo specialista, veterinario o professionista secondo la graduatoria di cui all'art. 17 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In caso di indisponibilità di specialisti, veterinari o professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17, l'Azienda puo' conferire l'incarico ad uno specialista, veterinario o professionista dichiaratosi disponibile ed in possesso dei requisiti previsti dal presente Accordo; in questo caso l'incarico, di durata massima annuale, non puo' essere rinnovabile.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma si riserva la facoltà di revoca totale o parziale del presente avviso in presenza di ragioni di pubblico interesse.

L'avviso è pubblicato dall' Azienda USL di Parma, ai sensi dell'art. 18 c. 3 dell'ACN 17.12.2015, dal 15.12.2016 e vi resterà fino al giorno 29 dello stesso mese, sul sito internet aziendale: www.ausl.pr.it –

Medicina convenzionata - Specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari, Biologi, Chimici e Psicologi - Pubblicazioni.

Le domande, **in bollo (€ 16,00)** devono essere inviate, con Raccomandata A.R., all' Azienda USL di Parma – Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma, Struttura Semplice Dipartimentale Personale Convenzionato, **dal 1 al 10 ottobre 2017** . Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARCHI A

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA'

Raccomandata A.R.

<p>Marca da bollo € 16,00</p>
--

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

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

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 _____ e-mail _____

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 quiescenza;
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.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art.16 dell'A.C.N., relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.