

Serie Avvisi e Concorsi n. 31 - Mercoledì 01 agosto 2018

Comunicato regionale 25 luglio 2018 - n. 109
Direzione generale Welfare - Ambito territoriale carente
straordinario di pediatria di libera scelta ATS della Montagna

Ai sensi dell'articolo 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, si pubblica l'ambito straordinario territoriale carente di Pediatria di Libera Scelta rilevato dall'ATS della Montagna

A pena di esclusione

le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al B.U.R.L., dovranno pervenire all'A.T.S. entro e non oltre il 16 agosto 2018 con le seguenti modalità:

- domanda firmata digitalmente inviata a mezzo PEC all'indirizzo PEC dell'ATS
- raccomandata R/R (non si terrà conto del timbro postale).
- consegna diretta all'ufficio indicato

Sommario

Ambito territoriale carente di Pediatria di Libera Scelta

- Fac-simile domande e dichiarazioni informative
- Indirizzo ATS della Montagna.

L'ambito carente pubblicato può essere consultato anche sul sito Internet www.regione.lombardia.it / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti. I fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Roberta Brenna

— • —

Ambito territoriale straordinario di Pediatria di Libera Scelta**ATS della Montagna**

AMBITO TERRITORIALE STRAORDINARIO	N° POSTI
Distretto di Bormio Apertura ambulatorio nel comune di Sondalo	1

**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatria di Libera Scelta (Per Graduatoria)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda di tutela della Salute di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.T.S. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta **valida per l'anno 2018**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ dal _____ al _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33 comma 3 dell'ACN per la pediatria di libera scelta.

Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatria di Libera Scelta (Per trasferimento)**

Bollo € 16,00

All' Azienda di tutela della Salute di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda di tutela della Salute di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Pediatria di Libera Scelta pari a mesi _____ e di essere iscritto all'elenco dei pediatri convenzionati della regione _____ dal _____ e di non svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN eccezion fatta per attività di continuità assistenziale,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere iscritto nell'elenco dei pediatri convenzionati della regione _____ dal _____
 di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
 • la ATS ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____
 detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
 di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
 • la ATS ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____
 detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
 con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

DICHIARAZIONE INFORMATIVA**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)****Allegato I dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 29.07.2009)**

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 DPR 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
..... Periodo: dal.....
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.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico di 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. A.T.S. 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.....

- 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".

_____ . _____

Indirizzo Azienda di Tutela della Salute per la presentazione delle domande

ATS della Montagna	Dipartimento delle Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO protocollo@pec.ats-montagna.it	0342 – 555868
-------------------------------	--	---------------