

Azienda ULSS n. 1 Dolomiti

PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Prot. n. 32053/23 /D.A.T.

Belluno, 22.05.2023

AVVISO PUBBLICO STRAORDINARIO

PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO IL CENTRO DI SERVIZI DI ARSIE' UBICATO NEL DISTRETTO N. 2 DI FELTRE

IL PRESENTE AVVISO PUBBLICO É FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO IL CENTRO DI SERVIZI DI ARSIE' UBICATO NEL DISTRETTO 2 DI FELTRE CON DECORRENZA 01.06.2023, LA DURATA E' DI 12 MESI, SECONDO LA DISPONIBILITA', PUO' ESSERE FLESSIBILE ANCHE PER UNO/DUE MESI A PARTIRE DALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

PER LA NORMATIVA DI SETTORE, SI FA RIFERIMENTO ALLE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELLA DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO N. 1231 DEL 14 AGOSTO 2018.

IL MODULO DELLA DOMANDA É SCARICABILE DAL SITO INTERNET AZIENDALE, AL SEGUENTE INDIRIZZO: <http://www.aulss1.veneto.it/> > concorsi e avvisi > servizio convenzioni > avvisi – servizio convenzioni.

I MEDICI INTERESSATI DOVRANNO FAR PERVENIRE LA DOMANDA, COMPLETA IN OGNI SUA PARTE, NONCHE' LA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA', ENTRO LE ORE 12,00 DI VENERDI' 26 MAGGIO 2023, ATTRAVERSO LE SEGUENTI MODALITA' ALTERNATIVE:

- CONSEGNA A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE DELL'AZIENDA U.L.S.S. N. 1 DOLOMITI, VIA FELTRE N. 57 – 32100 BELLUNO (BL);
- SPEDIZIONE A MEZZO P.E.C. AL SEGUENTE INDIRIZZO: protocollo.aulss1@pecveneto.it;
- SPEDIZIONE A MEZZO E-MAIL AI SEGUENTI INDIRIZZI: claudio.ricciotti@aulss1.veneto.it;

PER ULTERIORI INFORMAZIONI, GLI INTERESSATI POTRANNO RIVOLGERSI ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE, SEDE DI BELLUNO, N. TEL. 0437/516751.

IL DIRETTORE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
- Dott. Gianluca ROMANO -

All.3

Avviso pubblico ordinario per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI A) E B) DELL'ELENCO AZIENDALE

(Medici di assistenza primaria e Medici di continuità assistenziale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti)

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti
Uffici della D.A.T. di Belluno
Via Feltre, n. 57
32100 – Belluno (BL)

Da trasmettere entro e non oltre il 26 maggio 2023 a mezzo e-mail al seguente indirizzo claudio.ricciotti@aulss1.veneto.it oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).

Facendo riferimento all'avviso prot. n. _____ del _____ il/la sottoscritto/sottoscritta _____, codice fiscale _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____, tel. _____, e-mail _____, PEC _____:

- Medico di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;
- Medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal _____ con nr. _____ assistiti e di esercitare/non esercitare in via esclusiva attività convenzionata di assistenza primaria a favore dei propri assistiti da almeno 3 anni;
- Di essere medico di assistenza primaria con incarico provvisorio presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal _____ al _____;
- Di essere medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti con incarico a tempo indeterminato/provisorio dal _____;

- Di essere/essere stato incaricato per le attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura e luogo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2022, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina interna
 - Fisiatria
 - O altre attinenti al ruolo di medico curante _____
- Di essere in possesso dei requisiti essenziali per l'esercizio della professione e per lo svolgimento della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

Chiede, infine, che eventuali comunicazioni inerenti all'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

Data e luogo _____

Timbro e Firma _____

All.3

Avviso pubblico ordinario per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI C), D) ed E) DELL'ELENCO AZIENDALE

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti
Uffici della D.A.T. di Belluno
Via Feltre, n. 57
32100 – Belluno (BL)

Da trasmettere entro e non oltre il 26 maggio 2023 a mezzo e-mail al seguente indirizzo claudio.ricciotti@aulss1.veneto.it oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).

Facendo riferimento all'avviso prot. n. _____ del _____ il/la sottoscritto/sottoscritta _____ codice fiscale _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ tel. _____, email _____, PEC _____:

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di _____ in data _____;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2022, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di non essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2022, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina Interna
 - Fisiatria

- O altre attinenti al ruolo di medico curante: _____
- Di svolgere/aver svolto attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di non essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2022, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina Interna
 - Fisiatria
 - O altre attinenti al ruolo di medico curante: _____
- Di essere in possesso dei requisiti essenziali per l'esercizio della professione e per lo svolgimento della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente;

Chiede, infine, che eventuali comunicazioni inerenti all'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

Data e luogo _____

Timbro e Firma _____