



**AVVISO PER LA PREDISPOSIZIONE ELENCO DEI
MEDICI DISPONIBILI AD ASSUMERE L'INCARICO DI MEDICO CURANTE NEI CENTRI
SERVIZI PRESENTI NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA, AI SENSI
DELLA DGRV N.1231/2018.**

Ai sensi dell'art. 5, allegato A alla DGRV n. 1231 del 14.08.2018, è indetto avviso per la predisposizione dell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nei Centri Servizi presenti nel territorio dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana.

L'elenco, che **non costituisce graduatoria di merito**, è articolato nelle seguenti sezioni:

- Sezione A:** Medici di Assistenza primaria (MAP);
Sezione B: Medici di Continuità Assistenziale (a tempo indeterminato e determinato) (MCA);
Sezione C: Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e inclusi nella graduatoria regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
Sezione D: Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e non ancora inclusi nella graduatoria regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
Sezione E: Medici di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria o altri profili attinenti al ruolo di medico curante, anche convenzionati con altra Azienda ULSS, senza che l'incarico conferito dal Centro di servizi comporti incompatibilità, come previsto dall'art. 17, comma 2, lett c) dell'ACN.

Il suddetto elenco, che non costituisce graduatoria di merito, verrà utilizzato dall'Azienda ULSS per assicurare l'assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti presenti nei Centri Servizi incaricando uno o più medici individuati dal Direttore Generale in accordo con il Rappresentante Legale del Centro Servizio stesso.

Tale elenco verrà periodicamente aggiornato, con cadenza almeno annuale o di volta in volta con le ulteriori disponibilità che perverranno all'Azienda nel corso dell'anno oltre il termine previsto dal presente avviso.

I medici interessati, disponibili all'incarico di Medico Curante nei Centri Servizi, in possesso dei requisiti elencati nelle suddette sezioni, potranno inoltrare la propria disponibilità, secondo il modulo allegato, unitamente a copia di un valido documento di identità in corso di validità, a mezzo pec: convenzioni.aulss7@pecveneto.it, entro il 24 GENNAIO 2020.

Si allega al presente avviso copia dell'art. 5 dell'allegato A alla DGRV n. 1231 del 14.08.2018, con tutte le indicazioni relative all'incarico di medico curante nei Centri Servizi.

Per eventuali ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'UOS Convenzioni tel. 0424-885331 oppure 0424-885337.

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'albo e pubblicato sul sito internet aziendale al seguente indirizzo: <http://www.aulss7.veneto.it> sezione "Medicina convenzionata" "Assistenza Primaria".

Il COMMISSARIO
Dr. Bortolo Simoni

Spett.le
Azienda ULSS 7 Pedemontana
UOS Convenzioni
convenzioni.aulss7@pecveneto.it

OGGETTO: Richiesta inserimento nell'Elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nei Centri di Servizi ubicati in AULSS 7 "Pedemontana" ai sensi della DGR 1231/2018.

Il/la sottoscritto/a dott./ssa _____,

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

E mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco di medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nei Centri Servizi presenti nel territorio dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, di cui all'Avviso relativo alla seguente sezione (barrare la sezione di interesse):

- SEZIONE A:** Medici di assistenza primaria (MAP)
- SEZIONE B:** Medici di continuità assistenziale (MCA)
- SEZIONE C:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- SEZIONE D:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e non ancora inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- SEZIONE E:** medici di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria o altri profili attinenti al ruolo di medico curante, anche convenzionati con altra Azienda ULSS senza che l'incarico conferito dal Centro Servizi comporti incompatibilità, come previsto dall'art. 17, comma 2, lettera c), dell'ACN.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- di essere convenzionato per l'attività quale Medico di Assistenza Primaria risultando iscritto nel Comune di _____ dal ____/____/____ ULSS _____ con Cod. reg. ____ e che tale attività è esercitata a favore dei propri assistiti n. ____.
- di essere convenzionato per l'attività quale Medico di Continuità Assistenziale presso la sede di _____ dell'Azienda ULSS n. ____ con incarico
 a tempo indeterminato a tempo determinato con incarico di sostituzione
dal ____/____/____ al ____/____/____.
- di svolgere/aver svolto attività di medico incaricato per le attività di assistenza medica nei Centri Servizi (indicare struttura e periodi) come titolare come sostituto:
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____.
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____.
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____.
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____.
- di svolgere/aver svolto negli ambiti distrettuali dell'Azienda attività quale:
 Medico di Assistenza Primaria Medico di Continuità Assistenziale
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____;
- di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il ____/____/____ e di essere incluso/a nella graduatoria regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale della Regione del Veneto per l'anno ____ con punteggio _____.
- di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito il ____/____/____ e di NON essere incluso/a nella graduatoria regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale.
- di essere in possesso di comprovata esperienza in ambito geriatrico maturata presso _____ nel periodo dal _____ al _____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in : Geriatria Medicina Interna Fisiatria Altra specializzazione inerente il ruolo di medico curante (*specificare*)

Indicare denominazione dell'Università e data del conseguimento: _____
- di essere/non essere incorso in risoluzioni anticipate di incarichi precedenti (in caso affermativo precisare quali) _____
- le seguenti ulteriori attività/incarichi che possano rilevare ai fini dell'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse in relazione all'incarico da

conferire, ovvero altre situazioni che l'Azienda o il Centro Servizi sia tenuto a valutare ai fini del conferimento dell'incarico (es. condanne penali, procedimenti disciplinari, revoca del rapporto convenzionale, ecc.):

Il sottoscritto si impegna infine, in caso di conferimento dell'incarico, a fornire copia della polizza assicurativa, adeguata all'incarico di medico curante, che verrà allegata al contratto quale parte integrante dello stesso.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna ove richiesto, di presentare la documentazione probatoria di quanto dichiarato.

Informativa Privacy dell'Azienda ULSS n. 7 ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e s.m.i.: i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti.

Dichiara infine:

- di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Si allega copia di un valido documento di identità.

_____ , _____
luogo data

firma per esteso