

C) CONCORSI

Amministrazione regionale

Comunicato n. 14 del 28 gennaio 2011
Direzione generale Sanità - Ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia della ASL di Milano 2

Ai sensi degli artt. 33 comma 1 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di famiglia, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia rilevati dalla A.S.L. di Milano 2.

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 alle A.S.L. competenti per territorio entro e non oltre il 24 Febbraio 2011 (non si terra conto del timbro postale).

Sommario

- Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia
Fac- simili domande e dichiarazioni informative
Indirizzo A.S.L. di Milano 2.

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.sanita.regione.lombardia.it, sotto la voce area corsi, concorsi e graduatorie; i fac- simili delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI FAMIGLIA (PER GRADUATORIA)

All' Azienda Sanitaria Locale della Provincia di _____

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____ il _____ codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. 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 Famiglia valida per l'anno 2011, laureato dal _____ con voto _____

Fa domanda

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

Table with 3 columns: Ambito territoriale, Ambito territoriale, Ambito territoriale

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

Data..... Firma per esteso.....

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI FAMIGLIA (PER TRASFERIMENTO)

All' Azienda Sanitaria Locale della Provincia di _____

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____

ne _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di famiglia presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di pediatria di famiglia pari a mesi _____

Fa domanda

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

Table with 3 columns: Ambito territoriale, Ambito territoriale, Ambito territoriale

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all' assegnazione dell'incarico ai sensi dell' articolo 33, comma 2, lettere a) e a1) dell' Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di famiglia e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allego inoltre la dichiarazione sostitutiva dell' Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
Il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____
Data..... Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato I dell'ACN per la pediatria di famiglia 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.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

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 D.P.R. 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.....

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella 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.....

Banquati Sanitaria Farmaceutica VDA MG

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
 Prov. _il_____ codice fiscale _____
 Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____
 tel. _____ a far data dal _____
 A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della
 Regione _____ dal _____

Fa domanda
 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria
 pubblicati sul B.U.R.L. del _____

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata
 presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:
 c/o _____ Comune _____
 CAP _____ provincia _____ indirizzo _____
 Data..... Firma.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA PEDITRIA DI FAMIGLIA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato I
 dell'ACN per la pediatria di famiglia 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.4, legge 4 gennaio 1968, n.15
 Dichiaro 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 D.P.R. 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.....
5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella 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 attivitàTipo di rapporto di lavoroPeriodo: 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 diTipo 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 della Legge 626/93:

Azienda..... ore sett..... Via..... Comune di..... Periodo: dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. 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 diTipo 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».

AUTENTICA DELLA SOTTOSCRIZIONE

(Timbro)

L'anno duemila__ addì __ del mese di __ è comparso __l__ Signor _____ della cui identità sono certo per __l__ quale, dopo essere stato __ da me ammonit__ sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)

INDIRIZZO A.S.L.

ASL Milano 1	Ufficio Gestione Attività Amministrativa Correlata alle Cure Primarie Viale Forlanini 21 20024 Garbagnate Milanese MI	Tel. 02. 994302582
ASL Monza e Brianza	Dipartimento Cure Primarie Viale Elvezia 2 20052 Monza	Tel. 039.2384882

A.S.L. di Milano 1
 Viale Forlanini 121
 CAP 20024 Garbagnate Milanese MI
 N. TEL. 02.994302582

Ambiti territoriali straordinari	N° POSTI
Corsico, Cesano Boscone (Apertura Ambulatorio Corsico)	1

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica VDA Net

Serie Avvisi e Concorsi n. 6 - Mercoledì 09 febbraio 2011

A.S.L. Monza e Brianza
Dipartimento Cure Primarie
Viale Elvezia, 2
20052 Monza
N.TEL. 039.2384882

<i>Ambiti territoriali straordinari</i>	N° POSTI
Lissone	1

Provincia di Brescia
Assessorato al Turismo - Sessioni d'esame anno 2011 per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio delle professioni di guida turistica - Accompagnatore turistico - Direttore tecnico agenzia di viaggi e turismo

La Provincia di Brescia - Assessorato al Turismo ha indetto la sessione delle prove d'esame anno 2011, per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione di:

- Direttore tecnico di agenzia di viaggi e turismo
- Accompagnatore turistico
- Guida turistica

Le domande di ammissione agli esami di abilitazione devono essere presentate, entro il termine perentorio - a pena di esclusione - di lunedì 28 febbraio 2011, alla Provincia di Brescia settore turismo palazzo Martinengo via Musei, 32 - 25121 Brescia, secondo le modalità indicate nei bandi.

I bandi integrali potranno essere ritirati presso il settore turismo della Provincia di Brescia o scaricati dal sito internet all'indirizzo: www.provincia.brescia.it.

Ogni informazione inerente al bando, può essere richiesta a: provincia di Brescia settore turismo palazzo Martinengo via Musei, 32 - 25121 Brescia - tel. 030 3749957.

Il direttore del settore turismo
Sabrina Medaglia

Provincia di Milano
Selezione pubblica per esami, per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato di assistente tecnico manutentivo - cat. C.1 - operatore per riprese e montaggio video - Scadenza per la presentazione delle domande entro le ore 12:00 del 24 febbraio 2011

Titolo di studio richiesto: diploma di scuola secondaria di secondo grado.

Requisiti specifici di ammissione:

- Esperienze professionali maturate in ambito del service audiovisivo (videoriprese, tecnico audio, ecc.) e di montaggio regia e produzione; conoscenza approfondita dei new media (convergenza video e internet); buone conoscenze informatiche generali (Mac e Windows); ottima conoscenza programmi specifici di montaggio video sia Mac (FinalCut) che Windows (Avid e Adobe).

- Conoscenza lingue inglese e francese.
- Patente di guida B.

Scadenza per la presentazione delle domande entro le ore 12:00 del 24 febbraio 2011.

Per consultare il bando andare all'indirizzo

link:<http://www.provincia.milano.it/decisioni/concorsi/index.html>.

Il direttore del settore gestione e sviluppo delle professionalità
Giancarlo Dardano

Comune di Brembio (LO)
Bando comunale di concorso pubblico per l'assegnazione di n. 1 autorizzazioni per l'esercizio del servizio di autonoleggio con conducente mediante autovettura ai sensi della normativa vigente

IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVO - CONTABILE

- Vista la legge 15 gennaio 1992, n. 21 «Legge quadro per il trasporto di persone mediante autoservizi pubblici non di linea»;
- Vista la l.r. 14 luglio 2009 n. 11 «Testo unico delle leggi regionali in materia di trasporti»;
- Visto il d. lgs. n. 285 del 30 aprile 1992;
- Visto il d. lgs. n. 267/2000;

- Visto il regolamento comunale per il servizio di autonoleggio con conducente approvato con delibera di consiglio comunale n. 43 in data 28 aprile 1988;

- Vista la deliberazione della giunta regionale lombarda n. 36039 del 14 febbraio 1984 con la quale viene concesso al Comune di Brembio n. 3 posti di autovettura da rimessa;

- Rilevato che 2 autorizzazioni in passato sono state assegnate e che quindi risulta disponibile un' autorizzazione per il servizio di autonoleggio con conducente;

- Vista la determina del responsabile dell'area amministrativo - Contabile di indizione del bando di concorso pubblico in data 25 gennaio 2011;

- Considerato che l'amministrazione comunale, in adempimento a quanto previsto nel regolamento comunale richiamato, deve procedere all'assegnazione della autorizzazione disponibile attraverso bando di pubblico concorso;

RENDE NOTO CHE

E' indetto un pubblico concorso per titoli per l'assegnazione di: n. 1 autorizzazione per lo svolgimento del servizio di noleggio con conducente mediante autovettura ai sensi della normativa vigente;

1. OBBLIGHI DEL RICHIEDENTE

Tutti coloro che intendono partecipare al concorso, dovranno presentare domanda redatta in competente bollo da € 14,62, indirizzandola al Comune di Brembio - Piazza Matteotti n. 1 26822 - Brembio.

La domanda dovrà pervenire entro le ore 12,00 del trentesimo giorno a decorrere dalla data di pubblicazione dell'estratto del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, allegando copia fotostatica di un documento d'identità personale; in caso di invio tramite raccomandata A/R verrà ritenuto valido il timbro postale di spedizione purché l'istanza pervenga entro cinque giorni dalla conclusione dei termini.

La domanda per il rilascio di autorizzazioni di autonoleggio mediante autovettura dovrà contenere:

- complete generalità del richiedente e codice fiscale;
- indirizzo cui inviare le eventuali comunicazioni relative al concorso;
- dichiarazione in merito alla cittadinanza;
- caratteristiche dell'autoveicolo che si intende adibire al servizio, del quale il richiedente dovrà avere la proprietà o la disponibilità in leasing al momento del rilascio dell'autorizzazione;
- autocertificazione antimafia;
- impegno ad attrezzare in questo Comune idonea rimessa;
- impegno a non esplicitare, pena la revoca dell'autorizzazione, altra attività ritenuta incompatibile con quella di noleggio con conducente ai sensi dell'art. 14 del regolamento comunale.
- dichiarazione circa il possesso di uno o più dei seguenti titoli per l'assegnazione dell'autorizzazione:

1) avere prestato servizio per almeno sei mesi in qualità di dipendente di un'impresa di noleggio con conducente o di sostituto alla guida di taxi, con attribuzione di punteggio in graduatoria pari a punti 2 per ogni semestre fino ad un massimo di otto semestri; in caso di parità in graduatoria verranno assegnati gli ulteriori punteggi, fino ad un massimo di punti 4:

- 2) diploma di laurea: punti 4
- 3) diploma di maturità: punti 3
- 4) stato civile di coniugato con prole: punti 3
- 5) iscrizione alle liste di collocamento al lavoro: punti 1

In caso di parità di punteggio l'autorizzazione viene assegnata al più anziano di età.

Il richiedente deve dichiarare sotto la propria responsabilità ed in conformità alla normativa sull'autocertificazione il possesso dei seguenti requisiti: