

Serie Avvisi e Concorsi n. 12 - Mercoledì 23 marzo 2011

C) CONCORSI

Amministrazione regionale

**Comunicato regionale n. 35 del 15 marzo 2011
Direzione generale Sanità - Ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia - ASL 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 6 aprile 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 segnalatamente per i seguenti ambiti:

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 _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di famiglia presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ della Regione Lombardia n. _____ 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 segnalatamente per i seguenti ambiti:

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.....

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica VDA Net

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
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 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".

Autentica della sottoscrizione

(Timbro)

L'anno duemila _____ addi _____ del mese di _____

_____ è comparso _____ Signor _____

_____ della cui identità sono certo

per _____ quale, dopo essere stato _____ da me ammonito _____ 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 Azienda Sanitaria della ASL di Milano 2 per la presentazione delle domande

MILANO 2	Dipartimento Cure Primarie Serv. Assistenza Medica di Base e Convenzioni Via 8 Giugno 69 20077 MELEGNANO	Medicina Generale 02- 92654414- 4413 Pediatria - Continuità Assistenziale 02-92654415
----------	---	--

Ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta

A.S.L. della provincia di Milano 2

Via 8 Giugno 69

CAP 20077 Melegnano MI

N. TEL 02. 98114111

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Settala - Liscate e Pioltello - Rodano.	2

VDA Net Banca Dati Sanitaria Farmaceutica