

U.S.L. N. 3
UNITÀ SANITARIA LOCALE
AZIENDA DELLA REGIONE UMBRIA
FOLIGNO

UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso di pubblicazione straordinaria anticipata della zona carente di pediatria di libera scelta, individuata dalla Azienda sanitaria regionale USL n. 2 sede Perugia.

In virtù di quanto stabilito con deliberazione n. 865 del 30 dicembre 2009 adottata dal direttore generale dell'Azienda sanitaria regionale USL n. 2 sede Perugia ed ai sensi dell'art. 33 dell'ACN per la pediatria di libera scelta, si pubblica anticipatamente ed in via straordinaria, la seguente zona carente di pediatria di libera scelta.

AZIENDA U.S.L. N. 2 - PERUGIA

Attività	Posti	Ambito territoriale
Pediatria di libera scelta	1	Distretto 4 del Trasimeno - Comune di Città della Pieve

I medici pediatri attualmente titolari di incarico a tempo indeterminato potranno presentare istanza di partecipazione all'assegnazione della carenza, solo per trasferimento e a condizione peraltro, che abbiano l'anzianità minima, di titolarità convenzionale a tempo indeterminato, prevista dall'A.C.N. 29 luglio 2009.

Si precisa che per l'assegnazione della zona carente si farà riferimento alla graduatoria regionale di PLS valide per l'anno 2010 (pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 52/2009).

I medici pediatri aventi titolo al conferimento dell'incarico dovranno presentare le domande entro il 15°

giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso.

Le domande, da utilizzare secondo i fac simile di seguito pubblicati, dovranno, altresì, pervenire all'Ufficio centrale regionale presso l'Azienda USL n. 3 - piazza Dante Perilli c/o Palazzina Micheli - 06049 Spoleto (PG).

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 33, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Informativa sul trattamento dei dati (art. 13, D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003).

I dati personali dei candidati, il cui conferimento è obbligatorio agli effetti del presente avviso, saranno trattati con sistemi cartacei ed informatici sicuri, esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso e non saranno diffusi o divulgati a terzi, salve le eventuali comunicazioni alla Regione Umbria per le finalità istituzionali correlate al presente avviso e salve le legittime richieste delle autorità. Titolare del trattamento è l'Azienda ASL n. 3 nella persona della rag. Giuditta Nessi, dirigente del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3. Responsabile del trattamento: dott. Roberto Marandola, collaboratore prof.le amm.vo esperto del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3.

Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7, D.Lgs. n. 196/2003 formulando specifica richiesta al responsabile al trattamento.

Foligno, lì 26 gennaio 2010

Il dirigente
 GIUDITTA NESSI

T/0099 (Gratuito)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
ASL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria unica regionale unica valevole per l'anno 2009, al
numero _____ con punti _____;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2 lett. b) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

___ Ambito _____ ASL _____	___ Ambito _____ ASL _____
___ Ambito _____ ASL _____	___ Ambito _____ ASL _____
___ Ambito _____ ASL _____	___ Ambito _____ ASL _____

Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Pediatria di Libera Scelta.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F 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 Libera Scelta presso l'Azienda n. _____
di _____ della Regione _____ dal _____ al _____
e precedentemente presso l'Azienda n. _____ di _____ della Regione
_____ dal _____ al _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett. a) del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi:

_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____
_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____
_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione degli incarichi ai sensi dell'art. 33, comma 2 lett. a) dell'ACN per la PLS e l'anzianità complessiva di incarico di medico pediatra di libera scelta.

allegati n. ____ (_____) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

PLS

ALLEGATO I)

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

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 e sue successive modificazioni ed integrazioni;

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 convenzionato di pediatria di libera scelta ai sensi dell'ACN del 15/12/2005 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".

COPIA TRATTA DA BOLLETTINO UFFICIALE ONLINE - www.regione.umbria.it
Banca Dati Sanitaria Farmaceutica
VDA Net