ASL_VVTA.AOO_ASLTA.REGISTRO UFFICIALE.U.0052262.12-03-2024.h.16:52

ASL Taranto
PugliaSalute

U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E
GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.
Dirigente: Dott. ssa Paola Fischetti
Viale Virgilio 31– 74121 Taranto
tel. 099 7786150
e-mail: paola.fischetti@asl.taranto.it
UFFICIO MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA
tel. 099 7786192-93
e-mail: medicinagenerale@asl.taranto.it
p.e.c.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Comunicazione a mezzo p.e.c.

Ai Medici inseriti

-nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale anno 2024
- nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche
- nel separato elenco di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche

E p.c.

All'Ordine dei Medici di Taranto
Ai Direttori dei Distretti S.S. S.S. nn. 2, 6 e 7
Al Direttore Dipartimento Cure Primarie

OGGETTO: Incarichi provvisori di medicina generale ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N.: richiesta disponibilità eventuale accettazione incarico nei Comuni di Massafra – Distretto S.S. n. 2 – , Monteiasi – Distretto S.S. n. 6 –, Fragagnano – Distretto S.S. n. 7 –

Con la presente, si invita la S.V. a comunicare alla scrivente S.C., **entro il giorno 17.03.2024**, all'indirizzo p.e.c. **perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it,** utilizzando la modulistica in allegato, disponibilità per l'eventuale accettazione di uno o più incarichi tra quelli esplicitati in oggetto.

Le graduatorie di disponibilità saranno formulate tenuto conto dei criteri previsti dall'Accordo vigente e del seguente ordine:

- Medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale definitiva anno 2024
- Medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche
- Medici inseriti nel separato elenco di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche

Si precisa che gli incarichi saranno espletati presso i locali disponibili nei Distretti S.S. S.S. interessati senza alcun onere a carico del professionista.

ASL Taranto
PugliaSalute

U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLI E
GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.
Dirigente: Dott. ssa Paola Fischetti
Viale Virgilio 31– 74121 Taranto
tel. 099 7786150
e-mail: paola.fischetti@asl.taranto.it
UFFICIO MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA
tel. 099 7786192-93
e-mail: medicinagenerale@asl.taranto.it
p.e.c.: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

La S.V. è invitata a non riscontrare la presente qualora dovesse essere già titolare di rapporti lavorativi incompatibili con gli incarichi in argomento o in trattamento di quiescenza, ovvero non fosse possibile garantire la piena ed immediata disponibilità.

Si precisa che eventuali incompatibilità dovranno essere rimosse entro la data di conferimento del predetto incarico.

Si raccomanda la diffusione della presente a quanti, pur non essendo destinatari della stessa, potrebbero essere interessati a concorrere per il conferimento dei suddetti incarichi la cui istanza sarà valutata in subordine ai medici di cui sopra.

Mancato riscontro alla presente entro il termine su indicato costituisce rinuncia.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLO
E GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C
(Dott.ssa Paola Fischetti)

AL DIRETTORE GENERALE
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI, GEST. RUOLO
E GEST. AMM.VA PERS. CONVENZIONATO E P.A.C.
P.E.C.:
perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Il/La sottoscritto/a dr._____nato/a _____

il_____C.F._____e residente a_____alla

via_____tel._____indirizzo p.e.c._____

DICHIARA

l'eventuale disponibilità ad accettare l'incarico provvisorio di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N., nel seguenti Comuni della durata massima di dodici mesi e comunque sino all'individuazione del medico avente diritto.

(barrare una o più sedi)

□ Distretto S.S. n. 2– Comune di Massafra (disponibilità dal 26.04.2024)

□ Distretto S.S. n. 6– Comune di Monteiasi (disponibilità immediata)

□ Distretto S.S. n. 7– Comune di Fragagnano (disponibilità immediata)

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Data,_____

Firma

_____

ALLEGATO L

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 incaricato 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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett._____
Azienda _____ branca _____ ore sett._____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda_____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) 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 _____ Azienda _____ ore sett._____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non 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 _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:
Azienda___ _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) 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 _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
_____
_____
Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (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, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
_____
Pensionato 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"