

Ai Medici inseriti

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

All'Ordine dei Medici di Taranto

E p.c. Ai Direttori Distretti S.S. S.S.

OGGETTO: Richiesta disponibilità per eventuale accettazione incarico provvisorio di medicina generale, ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N., nel Comune di Fragagnano - Distretto S.S. n. 7 -.

Con la presente, si invita la S.V. a comunicare alla scrivente S.C., **entro il giorno 30.11.2024**, all'indirizzo p.e.c. perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it, utilizzando la modulistica in allegato, disponibilità per l'eventuale accettazione dell'incarico provvisorio esplicitato in oggetto, con decorrenza dal 01.01.2025.

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
- Medici neoiscritti all'Ordine dei Medici

Si precisa che sarà valutata la possibilità di espletare l'incarico presso i locali resi disponibili dal Distretto S.S. di competenza, 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 la tipologia di incarico 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 dell'incarico assegnato.

Si raccomanda la diffusione della presente a quanti, pur non essendo destinatari della stessa, potrebbero essere interessati a concorrere per l'eventuale conferimento dell'incarico in oggetto, 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. _____,
laureato/a data _____ con voto _____ presso _____

DICHIARA

-l'eventuale disponibilità ad accettare un incarico provvisorio di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N., nel Comune di Fragagnano -Distretto S.S. n. 7 -, della durata massima di dodici mesi e comunque sino all'individuazione del medico avente diritto;

-di concorrere al conferimento dell'incarico per la seguente riserva (barrare la casella interessata):

medico inserito nella graduatoria medicina generale definitiva anno 2024 pubblicata nel B.U.R.P. n. 112/2023 inserito/a al n. _____ con punti _____

medico inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche

medico inserito nel separato elenco di cui alla delibera n. 2843/2023 e successive rettifiche

medico in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, relativo al triennio _____, conseguito in data _____, con voto _____, successiva alla scadenza della domanda di inclusione in graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2024 _____

medico iscritto/a al corso di formazione in medicina generale relativo al triennio _____ nella Regione Puglia annualità di frequenza del corso _____ data inizio corso _____

medico neoiscritto all'Ordine dei Medici di _____ a decorrere dal _____

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Data, _____

Firma

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 partecipante 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"