Bollo da € 16,00

Spett.le

Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

Piazza De Gasperi n. 5

30027 S. DONA' DI PIAVE (VE)

S. Donà di Piave lì .....

Oggetto: Rif.to prot. n. 17306 del 24/03/2021 relativo ad "Avviso per il conferimento di incarichi di assistenza programmata ad ospiti non autosufficienti presso i centri servizi della'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale".

Il sottoscritto dr....., nato a ..... e residente a ..... in via .....

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco 2021 dei medici cui conferire incarichi presso i centri servizi aziendali per l'assistenza programmata agli ospiti non autosufficienti.

A tal proposito dichiara di appartenere ad una delle seguenti sezioni:

☐ SEZIONE A / medico di assistenza primaria (MAP);

☐ SEZIONE B / medico di continuità assistenziale (MCA);

☐ SEZIONE C / medico in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e incluso nella graduatoria regionale degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;

☐ SEZIONE D / medico in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e non ancora incluso nella graduatoria regionale degli aspiranti all'assegnazione degli in carichi di medicina generale;

☐ SEZIONE E / medico di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria e altri profili attinenti al ruolo di medico curante, anche convenzionato con altra azienda u.l.s.s., senza che l'incarico conferito dal centro servizi comporti incompatibilità, come previsto dall'art. 17, comma 2 – lett. c) dell'accordo collettivo nazionale medici di medicina generale 23 marzo 2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Dichiara inoltre i seguenti riferimenti richiesti nell'avviso in oggetto:

- anzianità di servizio in qualità di medico convenzionato per le attività di assistenza primaria (MAP), indicando se tale attività è esercitata in modo esclusivo a favore dei propri assistiti da almeno tre anni e il numero degli assistiti in carico

_____

_____

_____

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

- anzianità di servizio in qualità di medico incaricato (sia a tempo indeterminato che provvisorio, sia come sostituito) per le attività di continuità assistenziale (MCA)

  _____
  _____
  _____

- anzianità di servizio in qualità di medico incaricato per le attività di medico di assistenza medica nei centri servizi, anche come sostituto

  _____
  _____
  _____

- periodi di attività come MAP o MCA negli ambiti distrettuali di questa azienda

  _____
  _____
  _____

- possesso di attestato di formazione specifica in medicina generale

  _____
  _____
  _____

- possesso di specializzazioni in geriatria, medicina interna, fisiatria o altre attinenti al ruolo di medico curante

  _____
  _____
  _____

- notizie su eventuali risoluzioni anticipate di incarichi precedenti

  _____
  _____
  _____

Allega copia del documento di identità personale valido alla data di presentazione della domanda.

In fede

_____

(firma per esteso e leggibile)

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge