Bollo da € 16,00

Spett.le

Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

Piazza De Gasperi n. 5

30027 SAN DONA' DI PIAVE (VE)

S. Donà di Piave lì …….

Oggetto: Rif.to prot. n. ……. del …… 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 ……

C H I E D E

di essere inserito nell'elenco 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. 21 dell'accordo collettivo nazionale medici di medicina generale 28 aprile 2022.

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

  _____
  _____
  _____

- 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

  _____
  _____
  _____

<u>Allega copia del documento di identità personale valido alla data di presentazione della domanda.</u>

In fede

_____

(firma per esteso e leggibile)