



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10  
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:  
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Prot. n. 73651

San Donà di Piave, 25 NOV. 2015

**Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta**  
**Avviso riservato ai Medici Pediatri**  
**inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2015**

È indetto avviso per il conferimento di **un incarico provvisorio di Medico Pediatra di libera scelta**, con **decorrenza 31 dicembre 2015** e durata di 6 mesi, ovvero fino alla data di inserimento del **Pediatra avente diritto all'incarico a tempo indeterminato**, secondo le modalità previste dall'art. 37 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta – intesa del 15.12.2005 e s.m.i., da inserire nel **Distretto Unico Socio Sanitario ambito territoriale Portogruarese, con obbligo di apertura ambulatorio nell comune di San Michele al Tagliamento**.

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici pediatri, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2015.

Nella domanda, di cui all'allegato n. 2 da presentare firmata alla U.O.S. rapporti in convenzione, esclusivamente a mezzo fax al n. 0421 228050 o pec all'indirizzo protocollo.ulss10@pecveneto.it, entro il perentorio termine del 10 dicembre 2015, allegando copia di un valido documento di identità, il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio):

- a) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) iscrizione all'albo professionale;
- c) posizione ricoperta nella graduatoria regionale del Veneto per l'anno 2015 della Pediatria di Libera Scelta, con relativo punteggio;
- d) di essere, ovvero non essere, residente nell'ambito del Distretto Unico Socio Sanitario ambito territoriale Portogruarese;
- e) il domicilio o l'indirizzo presso il quale devono, ad ogni effetto, essere inviate le necessarie comunicazioni. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata alla lettera a);
- f) il recapito telefonico e l'indirizzo pec e di posta elettronica;
- g) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);
- h) allegare, debitamente compilata e firmata, la "dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)" - Allegato I) del vigente ACN.

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico pediatra resosi disponibile.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente.

In assenza di domande da parte dei medici pediatri inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria, non inseriti in detta graduatoria (che saranno ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e, infine, la minore età, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato nella domanda).

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta – intesa 15.12.2005 e s.m.i. nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

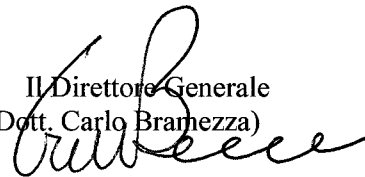
L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per eventuali, ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla U.O.S. Rapporti in Convenzione tel. 041-228048 - 8052 .

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'albo aziendale del sito internet [www.ulss10.veneto.it](http://www.ulss10.veneto.it)



Il Direttore Generale  
(Dott. Carlo Bramezza)



All.: Allegato 1) allegato I) del vigente ACN  
Allegato 2) schema di domanda

## Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il sottoscritto dott.....  
nato a..... il..... residente in.....  
Via/Piazza..... n.....  
Codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

Dichiara:

- Aver conseguito laurea in Medicina e Chirurgia con voti.....in data..... presso l'Università.....
- Aver conseguito diploma di specializzazione in..... con voti.....in data.....presso l'Università.....
- Di essere regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....n°.....
- Codice Enpam.....
- IBAN.....

**Dichiara formalmente di:**

1.  essere  
 non essere

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:

Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal.....

2.  essere  
 non essere

titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. .... con massimale di n°..... scelte  
Periodo: dal.....

3.  essere  
 non essere

titolare di incarico come medico di Pediatra ai sensi del D.P.R. .... con massimale di n°..... scelte  
Periodo: dal.....

4.  essere

non essere

titolare di incarico

a tempo indeterminato

a tempo determinato

come specialista ambulatoriale convenzionato:

A.S.L. .... branca..... ore sett.....

A.S.L..... branca..... ore sett.....

5.  essere

non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

6.  avere

non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 Decreto Legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

7.  essere

non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione.....

A.S.L..... ore sett.....

in forma attiva

in forma di disponibilità

8.  essere

non essere

iscritto a corso di formazione di medicina generale di cui al Decreto Legislativo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo 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

a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

Organismo..... ore sett.....

Via..... Comune di .....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

10. operare

non operare

a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78:

Organismo..... ore sett.....

Via..... Comune di .....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

11. svolgere

non svolgere

funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del Testo Unico Sicurezza Lavoro (D.Lgs. 81/2008):

Azienda..... ore sett.....

Via..... Comune di.....

Periodo: dal.....

12. svolgere

non svolgere

per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

A.S.L. .... Comune di.....

Periodo: dal.....

13. avere

non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private o industrie farmaceutiche:

Azienda.....

Periodo: dal.....

14. essere

non essere

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

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

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

titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate,

a tempo indeterminato

o a tempo determinato:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

18.  operare

non operare

a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi 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 di trattamento di pensione a carico di:

.....

Periodo: dal.....

20.  fruire

non fruire

del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

Periodo: dal.....

21.  avere

non avere

procedimenti disciplinari a proprio carico in corso.

22.  svolgere

non svolgere

Attività libero professionale (art. 58 ACN 23.03.2005 e successive modificazioni)

a) Strutturata:

- data di avvio.....

- ubicazione dello studio.....

- ubicazione dell'Azienda c/o la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata.....

- giorni e orari di attività .....

- tipo di prestazioni effettuate .....

b) Occasionale .....



**23. (Informativa privacy)**

di essere informato che ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

---

**Completare tutte le voci con le notizie richieste**, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare questo spazio:

**NOTE**

---

In fede

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto** deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità **del dichiarante**.

**La dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di.....**

IL FUNZIONARIO.....

Allegato 2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICO  
PROVVISORIO DI MEDICO PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

Il/la sottoscritto/a dott./dott. ssa

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

iscrizione all'albo professionale: \_\_\_\_\_

posizione ricoperta nella graduatoria regionale del Veneto per l'anno 2015 della Pediatria di Libera Scelta:

\_\_\_\_\_ con punteggio di: \_\_\_\_\_

chiede

di partecipare all'avviso prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per il conferimento dell'incarico provvisorio di medico di Pediatria di libera scelta;

a tal fine dichiara:

- a) Di accettare che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico è considerata - ad ogni effetto - immediatamente impegnativa;
- b) Di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN).

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_