



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: ASL_BO

REGISTRO: Protocollo generale

NUMERO: 0112961

DATA: 18/09/2018

OGGETTO: pubblicazione incarichi specialistica ambulatoriale terzo trimestre 2018.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Viviana Bianchi

CLASSIFICAZIONI:

- [18-09-02]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0112961_2018_Lettera_firmata.pdf:	Bianchi Viviana	56C00BEF602D0403518CD0C40E32428A AB537A05B8B59E81762D1662E46144C6
PG0112961_2018_Allegato1.pdf:		32CB7F78A46ADA947DBBEA5CCA4D986 C36BB71D7B63EF8F6C22AB70031C0188 C
PG0112961_2018_Allegato2.pdf:		25253CFA7C23560F73F57B8BF02A03580 189C8116F964E9F346D6D8D449ADC1E
PG0112961_2018_Allegato3.pdf:		749A723B7F2C03BFFDD14D3E30595A2F 7318342BC3577F0224962C6E89022223



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



U.O. Amministrativa DCP

Il Direttore

COMITATI ZONALI REGIONE EMILIA
ROMAGNA

AZIENDA USL IMOLA

ORDINE DEI MEDICI DI BOLOGNA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI REGIONE
EMILIA ROMAGNA

OGGETTO: pubblicazione incarichi specialistica ambulatoriale terzo trimestre 2018.

Si trasmette in allegato, ai sensi dell'art. 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità del 17.12.2015 e s.m.i., il bando di pubblicazione degli incarichi specialistici ambulatoriali vacanti presso l'Azienda USL di Bologna, relativi terzo trimestre 2018.

Distinti saluti.

Viviana Bianchi

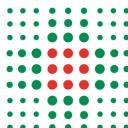
Allegati:

- Bando terzo trimestre 2018
- Modulo domanda Medici Specialisti
- Modulo domanda Professionisti Psicologi

Firmato digitalmente da:

Viviana Bianchi

Responsabile procedimento:
Carlo Zerbini



U.O Amministrativa DCP

Il Direttore

**OGGETTO: AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO
E A TEMPO DETERMINATO DI CUI ALL'ART. 18 DELL'A.C.N. DEL 17.12.2015 E S.M.I.
PRESSO L' AZIENDA USL DI BOLOGNA.**

(art. 19 e art. 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015 e s.m.i.)

3° TRIMESTRE 2018 – MESE DI SETTEMBRE 2018

**AZIENDA USL BOLOGNA
DIPARTIMENTO CHIRURGICO
BRANCA ORTOPEDIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n. 22,00 ore settimanali da svolgere presso l'Ospedale di Loiano e l'Ospedale di Bazzano.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Allo specialista è richiesto il possesso di specifiche capacità professionali nell'ambito dell'attività chirurgica (ad esempio: dita a scatto, cisti, tunnel carpale, alluce valgo).

E' opportuno presentare un curriculum vitae esplicativo dell'esperienza professionale maturata.

Le competenze specifiche richieste saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015 e s.m.i.

**AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO EMERGENZA
BRANCA FISIOCHINESITERAPIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n. 24,00 ore settimanali da svolgere presso l'U.O. di Medicina Riabilitativa.

L'articolazione oraria e le sedi di attività saranno definite al momento del conferimento dell'incarico.

Per l'attività di che trattasi sono previste visite domiciliari, visite in struttura, ambulatori di neuroriabilitazione.

Allo specialista è richiesto il possesso di particolari capacità professionali nell'ambito della neuroriabilitazione da rendersi nei confronti della commissione distrettuale UVM GRAD e per le gravissime disabilità, del PDTA Gravi cerebrolesioni e per la rete dei CAR.

Le competenze specifiche richieste saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015 e s.m.i.

E' facoltà del candidato corredare la domanda con proprio curriculum formativo professionale.

**AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
BRANCA CARDIOLOGIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 25,00 ore settimanali, da svolgere presso le sedi di seguito indicate:

Casa della Salute Navile, 10,00 ore settimanali;

Casa della Salute San Lazzaro di Savena, 10,00 ore settimanali;

Casa Circondariale Dozza di Bologna, 5,00 ore settimanali.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Allo specialista è richiesto il possesso di particolari capacità professionali nell'ambito della diagnostica ecografica cardiaca, prova da sforzo e holter pressorio e cardiaco.

Le competenze specifiche richieste saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015 e s.m.i.
E' facoltà del candidato corredare la domanda con proprio curriculum formativo professionale.

AZIENDA USL DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

BRANCA ALLERGOLOGIA

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 10,00 ore settimanali da svolgere presso l'Ospedale di Budrio.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

E' opportuno presentare un curriculum esplicativo della esperienze professionale maturata nell'ambito dell'attività territoriale.

Si richiede l'attivazione dell'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015 e s.m.i.

AZIENDA USL DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE – DP

PROFESSIONISTA PSICOLOGO – AREA PSICOLOGIA

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 25,00 ore settimanali da svolgere presso la UOSD RTI Arcipelago e Carcere, Bologna.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

In considerazione della particolare attività da svolgere sono richieste le seguenti specifiche capacità professionali:

attività psicologica - clinica nell'ambito della Sanità penitenziaria, valutazione diagnostica del rischio suicidario di pazienti soggetti a misure detentive e suoi principali strumenti; valutazione del rischio di recidiva di reato, valutazione delle situazioni di rischio nei contesti istituzionali penitenziari.

Le competenze specifiche saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015 e s.m.i.

E' facoltà del candidato corredare la domanda con proprio curriculum formativo professionale.

AZIENDA USL DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

BRANCA CHIRURGIA PLASTICA

Incarico a tempo determinato, indivisibile, di dodici mesi per n. 25,00 ore settimanali da svolgere presso l'U.O.C. Chirurgia Plastica Maxillo Facciale nelle sedi dell'Ospedale Bellaria e Ospedale Maggiore.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

L'incarico è finalizzato all'attivazione di un ambulatorio in contiguità terapeutica con dermatologia per terapia chirurgica di nefromazioni, all'abbattimento lista di attesa visite chirurgia plastica e all'attivazione di una saletta operatoria presso Ospedale Maggiore a supporto attività di PS

Allo specialista sono richieste competenze specifiche in chirurgia plastica cutanea e di urgenza
Le competenze specifiche saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

E' facoltà del candidato corredare la domanda con proprio curriculum formativo professionale.

Gli incarichi saranno assegnati secondo i criteri e le procedure stabiliti dall'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015 e s.m.i., di cui all'art. 19 per gli incarichi da assegnare a tempo indeterminato e all'art. 20 per gli incarichi da assegnare a tempo determinato

Specialisti e Professionisti non titolari di incarico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, potranno presentare domanda per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato solo se iscritti nella graduatoria per la provincia di Bologna, relativa alla branca pubblicata, in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In fase di assegnazione dell'incarico verranno valutate le incompatibilità previste dall'art. 25, comma uno, dalla lettera a) alla lettera l) dell'Accordo sopra citato.

In caso di previsione di espletamento di prova di verifica del possesso di particolari capacità professionali, la data ed il luogo di svolgimento della prova saranno comunicati, **solo ed esclusivamente tramite pec**, con un preavviso di almeno 15 giorni.

Le domande, **in bollo**, devono essere inviate **esclusivamente**
DAL 1 al 10 OTTOBRE 2018

tramite Raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

- Azienda USL di Bologna, U.O. Amministrativa Dipartimento Cure Primarie, Via Sant'Isaia 94/A, 40123 Bologna;

oppure tramite pec al seguente indirizzo:

- specialisti.convenzionati@pec.ausl.bologna.it

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo. Per le domande inviate con raccomandata fa fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante.

Non saranno accolte le domande spedite prima o dopo la data sopraindicata.

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Marca da bollo
€ 16,00

**ALL'U.O. AMMINISTRATIVA
DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA S. ISAIA 94/A
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n._____ c.a.p._____

Telefono n. _____

Indirizzo pec _____

Indirizzo mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del seguente incarico:

Incarico a tempo indeterminato, Indivisibile, di n._____ ore settimanali

nella branca di _____

presso _____

Incarico a tempo determinato, Indivisibile,, di n._____ ore settimanali

nella branca di _____

presso _____

PUBBLICAZIONE TERZO TRIMESTRE 2018 - SETTEMBRE 2018

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguitibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere specialista ambulatoriale interno titolare a tempo indeterminato (*ai sensi dell'art. 19 dell'A.C.N. del 17.12.2015 e s.m.i.*) nella branca di _____ con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) _____ / _____ / _____
 - presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. _____ ore a decorrere dal _____ c/o la Sede _____
- di essere specialista ambulatoriale interno titolare di incarico **a** tempo determinato (*ai sensi dell'art. 20 dell'A.C.N. del 17.12.2015 e s.n.i.*) nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____
- di essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale interna nella branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____
- di non essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale nella branca pubblicata

- di essere medico specialista pediatra di libera scelta
- di essere medico di assistenza primaria
- di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
- di essere medico della medicina dei servizi
- di essere medico della continuità assistenziale
- di essere medico dipendente di struttura pubblica

presso _____

con anzianità di servizio dal _____

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE
(specificare) _____

di fruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

✓ _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità**

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

- _____
- (1) cancellare la parte che non interessa
(2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
(3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
PROFESSIONISTI PSICOLOGI AMBULATORIALI**

Marca da bollo
€ 16,00

**ALL'U.O. AMMINISTRATIVA
DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA S. ISAIA 94/A
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

Telefono n. _____

Indirizzo pec _____

Indirizzo mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del seguente incarico:

**AZIENDA USL BOLOGNA
PROFESSIONISTA PSICOLOGO - AREA PSICOLOGIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 25,00 ore settimanali da svolgere presso la UOSD RTI Arcipelago e Carcere, Bologna.

PUBBLICAZIONE TERZO TRIMESTRE 2018 - SETTEMBRE 2018

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguitibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Psicologia conseguito presso l'Università di _____
in data _____;
2. di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi di _____;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere professionista psicologo titolare a tempo indeterminato (*ai sensi dell'art. 19 ACN del 17.12.2015 e s.m.i.*) con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____ / ____ / ____:
 - presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore, per complessive n. _____ ore. _____ a decorrere dal _____
c/o la Sede _____
- di essere professionista psicologo titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 20 ACN del 17.12.2015 e s.m.i.*) presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____
- di essere professionista psicologo ambulatoriale inserito nella graduatoria provinciale vigente per i Professionisti Psicologi ambulatoriali - Area Psicologia alla posizione n. _____ con punti _____
- di essere psicologo dipendente di struttura pubblica
presso _____
con anzianità di servizio dal _____

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE
(specificare) _____

di fruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

✓ _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità**

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce “NOTE”.
- (3) **ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**