



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0057833
DATA: 18/06/2015
OGGETTO: Pubblicazione turni specialistica ambulatoriale secondo trimestre 2015

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Luca Barbieri

DATI DI FASCICOLAZIONE:

- [1015-3/2015] SPEC - Turni: individuazione e pubblicazione

CLASSIFICAZIONI:

- [18-09-02] Turni specialistica convenzionata

DOCUMENTI:

File	Hash
PG0057833_2015_Lettera_firmata:	F27FF6B7F0C4AC0A39061994004090C0168390E2E81B388E02AFDED6ED9054BB
PG0057833_2015_Allegato1:	359C0023536DD685B5F27CDDE4F76874719C0F90943229CDF9B9B5183CCF7C33
PG0057833_2015_Allegato2:	F0A4A60F858C6C33EA01A9F33A7B9661074F2918EDD57F89F34F84C0EDE0CAE8
PG0057833_2015_Allegato3:	1CCA858470079CC224677C7BA208EFC3F56E202018CB427AE3134CA8C513B428



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'Azienda USL di Bologna secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art 3 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.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

UOC Cure Primarie e Specialistica Borgo Panigale - Reno
Il Direttore
Presidente del Comitato Consultivo Zonale
ex art. 24 ACN del 23.03.2005

COMITATI CONSULTIVI ZONALI
REGIONE EMILIA ROMAGNA

AZIENDA USL IMOLA

ORDINE DEI MEDICI BOLOGNA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI
REGIONE EMILIA ROMAGNA

INAIL BOLOGNA

LORO SEDI

OGGETTO: Pubblicazione turni specialistica ambulatoriale secondo trimestre 2015

Si trasmette in allegato, ai sensi dell'art. 22 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali del 23.03.2005 e s.m.i., copia del bando di pubblicazione dei turni specialistici ambulatoriali vacanti presso questo ambito zonale, relativo al secondo trimestre 2015.

Distinti saluti.

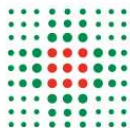
Firmato digitalmente da:

Luca Barbieri

Responsabile procedimento:
Carlo Zerbini

Comitato Consultivo Zonale
Via Sant'Isaia 94/A - 40123 Bologna
Tel 051 6584657 Fax 051 6584400
r.parisi@ausl.bologna.it

Azienda USL di Bologna
Sede legale: via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
Tel +39.051.6225111 fax +39.051.6584923
Codice fiscale e partita Iva 02406911202



Comitato Consultivo Zonale
ex art. 24 A.C.N. del 23/3/2005

Il Presidente

OGGETTO: AVVISO DI PUBBLICAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E PROFESSIONISTI PRESSO I SERVIZI ED I PRESIDI AMBULATORIALI DELLA AZIENDA USL DI BOLOGNA, DELL'AZIENDA USL DI IMOLA E DELL'I.N.A.I.L. DI BOLOGNA (artt. 22 e 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e s.m.i.)

2° TRIMESTRE 2015

AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - DP
PROFESSIONISTA PSICOLOGO – AREA PROFESSIONALE PSICOLOGIA
Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 22,00 ore settimanali di professionista Psicologo - area professionale Psicologia - da effettuare presso la UOC NPIA Servizi Specialistici – Casa del Giardiniere, Viale Pepoli 3 Bologna, con la seguente articolazione oraria:

- Martedì 8,30 – 13,00
- Mercoledì 8,30 – 13,00
- Giovedì 9,00 – 13,00 / 13,30 – 17,30
- Venerdì 8,30 – 13,30

Trattandosi di valutazioni specialistiche relative ai disturbi pervasivi dello sviluppo (spettro autistico), sono richieste le seguenti competenze professionali:

- competenze per la diagnosi e la valutazione clinica nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico secondo le linee guida promosse dall'Assessorato alla sanità della Regione Emilia Romagna;
- competenze nell'ambito del trattamento individuale e di piccolo gruppo con pazienti con disturbo dello Spettro Autistico;
- competenze per trattamenti di parent training con genitori di pazienti con disturbo dello Spettro Autistico;
- competenze per la diagnosi e la formulazione del progetto psicoeducativo abilitativo per adolescenti e giovani adulti con diagnosi di disturbo dello Spettro Autistico.

In specifico si richiede la conoscenza dei seguenti strumenti valutativi e diagnostici:

- strumenti diagnostici specifici per DPS: ADI-R, ADOS 2, ADOS TODDLER

- strumenti per la valutazione sintomatologica: STADI, KADI, CARS 2, CARS 2 – QPC
- strumenti per la valutazione cognitiva e globale: scale Wechsler, scale Leiter – R/Leiter, scale Griffith, scala Bayley
- strumenti per la valutazione neuropsicologica: attenzione, memoria, funzioni esecutive, percezione visiva, integrazione visuo-motoria
- strumenti per la valutazione degli apprendimenti scolastici
- strumenti per la valutazione del comportamento adattivo: Vineland
- strumenti per la valutazione psicopatologica e del livello globale di compromissione: C-GAS, CBCL, YSR, K-SADS, DOWBA.

Si richiede che tali competenze e conoscenze siano valutate dall'apposita Commissione di esperti, come previsto dall'art. 22 dell'A.C.N del 23.03.2005 e s.m.i.

Il professionista dovrà allegare alla domanda il proprio curriculum formativo professionale.

AZIENDA USL DI BOLOGNA
DI PARTIMENTO SALUTE MENTALE - DP
PROFESSIONISTA PSICOLOGO – AREA PROFESSIONALE PSICOLOGIA
 Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 18,00 ore settimanali di professionista Psicologo - area professionale Psicologia - da effettuare presso la UOC NPIA Servizi Specialistici con sedi di lavoro presso la UOS Centro Regionale Disabilità Linguistiche e Cognitive (CeReDiLiCo) e il Centro Specialistico per l'Autismo Casa del Giardiniere.

Articolazione oraria:

- lunedì 9,00 – 15,00 presso il CeReDiLiCo
- martedì 9,00 – 15,00 presso il CeReDiLiCo
- mercoledì 12,00 – 18,00 presso la Casa del Giardiniere

Trattandosi di valutazioni specialistiche relative alle disabilità intellettive, ai disturbi specifici di apprendimento, ai disturbi specifici del linguaggio e ai disturbi pervasivi dello sviluppo, sono richieste le seguenti competenze professionali:

- competenze per valutazioni neuropsicologiche di approfondimento per pazienti con disturbi cognitivi e linguistici
- competenze per diagnosi differenziale fra difficoltà scolastiche, profili di funzionamento intellettivo limite e disturbi specifici di apprendimento
- competenze per la costruzione di un percorso di valutazione fra servizi di Neuropsichiatria territoriale (UOS NPIA Attività Territoriali) e UOS Centro Regionale Disabilità Linguistiche e Cognitive anche per l'implementazione di progetti riabilitativi intensivi e mirati
- competenze per la diagnosi e la valutazione clinica nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico secondo le linee guida promosse dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna

- competenze per la diagnosi e la formulazione del progetto psicoeducativo - abilitativo per adolescenti e giovani adulti con diagnosi di disturbo dello Spettro Autistico.

Nello specifico si richiede la conoscenza dei seguenti strumenti valutativi e diagnostici:

a) per l'attività presso il CeReDiLiCo

- NEPSY II
- BAYLEY III
- WISC IV
- TNP
- WISCONSIN
- CAS
- PROMEA
- TPV
- TEA

b) per l'attività presso la Casa del Giardiniere

- ADI-R
- ADOS 2
- ADOS TODLER
- CARS 2

Si richiede che tali competenze e conoscenze siano valutate dall'apposita Commissione di esperti, come previsto dall'art. 22 dell'A.C.N del 23.03.2005 e s.m.i.

Il professionista dovrà allegare alla domanda il proprio curriculum formativo professionale.

**AZIENDA USL DI BOLOGNA
DI PARTIMENTO CURE PRIMARIE
BRANCA PEDIATRIA**

Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 15,00 ore settimanali da svolgersi secondo la seguente articolazione oraria e sedi:

- lunedì 8,30 – 13,30 San Giorgio di Piano, Via Pirotti 20
- Martedì 8,30 – 13,30 San Pietro in Casale, Via Asia 61
- Mercoledì 8,30 – 13,30 Budrio, Via Benni 44

I.N.A.I.L. BOLOGNA

BRANCA FISIOTERAPIA

Turno a tempo determinato annuale, non rinnovabile, di 5,00 ore settimanali, indivisibile, da svolgere presso la sede I.N.A.I.L., Direzione regionale Emilia Romagna, Galleria 2 Agosto 1980, 5/A – Bologna,

Articolazione oraria:

- 8,30 – 13,30 in un unico accesso da concordare con lo specialista.

AZIENDA USL DI IMOLA

BRANCA DERMATOLOGIA

N. 2 turni a tempo indeterminato indivisibili di 15,00 ore settimanali ciascuno da svolgersi su tre giornate presso il Poliambulatorio Città di Imola e la Casa della Salute di Medicina, la cui articolazione oraria verrà comunicata all'atto dell'assegnazione del turno.

Si precisa che per l'attribuzione di entrambi i turni i medici specialisti dovranno possedere specifiche competenze nell'uso del videodermatoscopio, da usarsi come completamento diagnostico di secondo livello per le lesioni dubbie e per il follow up dei pazienti affetti da sindrome del nevo displasico.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione da parte di apposita commissione di esperti del settore di cui all'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore.

La documentazione che si intende produrre dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

AZIENDA USL DI IMOLA

BRANCA MEDICINA DELLO SPORT

Turno a tempo indeterminato indivisibile di 8,00 ore settimanali da svolgersi presso l'Ospedale Vecchio di Imola – Viale Amendola, 2 e presso il Polo Sanitario di Medicina - Via Saffi, 1 negli orari di seguito indicati:

- Martedì dalle ore 14,30 alle ore 18,30 Medicina
- Venerdì dalle ore 8,00 alle ore 12,00 Imola

Poiché i programmi di Sanità Pubblica previsti nel Piano Regionale della Prevenzione e gli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali Aziendali prevedono sia la prescrizione di attività fisica in soggetti portatori di patologie sensibili sia la promozione dell'attività fisica nella popolazione, il professionista dovrà essere disponibile nell'ambito del monte orario assegnato, all'effettuazione di iniziative di promozione dell'attività fisica e a collaborare agli aspetti organizzativi relativi alle campagne rivolte alla popolazione.

Pertanto si richiede allo specialista il possesso di competenze inerenti a:

- prescrizione dell'attività fisica a fini preventivi e terapeutici
- conoscenze epidemiologiche
- capacità documentata ed attitudine ad effettuare iniziative formative rivolte alla popolazione.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione di apposita commissione di esperti del settore, di cui all'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore.

Si precisa che la documentazione che si intende produrre dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

AZIENDA USL DI IMOLA BRANCA ENDOCRINOLOGIA

Turno a tempo indeterminato indivisibile di 15,00 ore settimanali da svolgersi presso l'Ospedale Santa Maria della Scaletta – Via Montericco, 1 – Imola come di seguito indicato:

- lunedì dalle ore 8,00 alle ore 13,00
- mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 13,00
- venerdì dalle ore 8,00 alle ore 13,00

Si precisa che il turno prevede anche l'effettuazione di ecografie tiroidee e pertanto la scelta dello specialista avverrà sulla base della preventiva verifica del possesso della competenza ecografica richiesta, attraverso la valutazione da parte di apposita commissione di esperti del settore, di cui all'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore.

La documentazione che si intende produrre dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

AZIENDA USL DI IMOLA PROFESSIONISTA PSICOLOGO - AREA PROFESSIONALE PSICOTERAPIA

Turno a tempo indeterminato indivisibile di 17,00 ore settimanali da svolgersi presso la sede centrale dell'U.O.C. Dipendenze Patologiche – Ospedale Vecchio – Via Amendola, 8 – Imola con la seguente articolazione oraria:

- lunedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00
- martedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00
- mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

- venerdì dalle ore 9,00 alle ore 14,00

In considerazione della particolare attività da svolgere, riferita all'ambito delle dipendenze patologiche, si richiedono al professionista specifiche competenze ed esperienza documentabile riguardanti:

- il tema delle dipendenze patologiche da droghe illegali e legali (alcool) e le dipendenze da comportamenti (gioco d'azzardo e internet);
- il lavoro con utenti affetti da disturbi di personalità;
- le tecniche di terapia psicologica cognitivo – comportamentale.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione da parte di apposita commissione di esperti del settore così come previsto dall'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore.

La documentazione che si intende produrre dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

Gli incarichi saranno assegnati secondo i criteri e le procedure di cui all'art 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e s.m.i.

In fase di assegnazione dell'incarico verranno valutate le incompatibilità previste dall'art. 15 dell'A.C.N.

Gli incarichi potranno essere assegnati a TEMPO INDETERMINATO ai medici/professionisti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- titolari di incarico a tempo indeterminato presso Aziende USL o presso INAIL o SASN (art. 23, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f);
- titolari di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazia e Giustizia (art. 23, comma 1, lettera g);
- titolari di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM (art. 23, comma 1, lettera i);
- medici di medicina generale, specialisti pediatri di libera scelta, medici della medicina dei servizi, di continuità assistenziale, dipendenti di struttura pubblica che esprimano disponibilità a convertire il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso della specializzazione nella branca in cui partecipano (art. 23, comma 1, lettera l).

Gli incarichi potranno, invece, essere assegnati a TEMPO DETERMINATO ai medici/professionisti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- titolari di incarico a tempo determinato che faccia richiesta di incremento orario o di trasferimento (art. 23, comma 1, lettera h);
- titolari di incarico a tempo determinato con pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM (art. 23, comma 1, lettera i);
- non ancora titolari di incarico, presenti nelle graduatorie valevoli per il 2015 (art. 23, comma 10);
- non iscritti nelle graduatorie valevoli per il 2015 (art. 23, comma 11).

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 con un preavviso di almeno 15 giorni.

Le domande, in bollo, devono essere inviate, con Raccomandata A.R., al Comitato Consultivo Zonale, Azienda USL di .Bologna, Via Sant'Isaia 94/A 40123 Bologna - Tel. 051/6584657– 051/6584658 – Fax 051/6584400, esclusivamente

dall' 1 al 10 LUGLIO 2015

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

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

Si allega fac-simile di dichiarazione di disponibilità.

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI
PROFESSIONISTA PSICOLOGO AMBULATORIALE**

Raccomandata A.R.

Marca da bollo €

16,00

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA
c/o Azienda USL di BOLOGNA
Via Sant'Isaia 94/a
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza
_____ n. _____

Telefono n. _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno indivisibile di n. _____ ore settimanali nella
branca
di _____

presso _____

pubblicato nel mese di _____ anno _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile 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),

DICHIARA

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 _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/_____
▪ presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
▪ presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (*allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero auto dichiarazione sostitutiva di certificazione*);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (*specificare sede e decorrenza*): _____
- di essere titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 23 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i*) nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria vigente per la branca pubblicata;
- di essere titolare di pensione a carico di enti diversi dall'ENPAP

dichiara inoltre:

- 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.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; • il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B - ACN)

Il sottoscritto Dott.....nato ail.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(cancellare la voce che non interessa)

a) di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte della competente Commissione di Disciplina prevista dall'ACN dei medici specialisti ambulatoriali interni;

b) di essere/non essere soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine degli Psicologi. In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____ data _____;

c) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;

In caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

d) di avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

e) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;

f) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;

g) esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;

h) operare/non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (**in caso affermativo**, indicare la struttura sanitaria in cui opera: _____);

i) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (**in caso affermativo** indicare l'Azienda: _____)

j) essere/non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni (convenzionati esterni) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

- k) essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- l) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99
- m) essere/non essere titolare di incarico nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- n) percepire/non percepire l'indennità di rischio radiologico in base ad altro rapporto lavorativo (**in caso di risposta affermativa** indicare il tipo di attività svolta: _____ e la misura dell'indennità percepita: _____);
- o) di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAP
- p) di essere / non essere dipendente collocato in quiescenza.

In caso di risposta affermativa, specificare funzioni ed attività svolte durante l'ultimo anno di attività.

NOTE: _____

In fede

Data _____

Firma _____

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

Raccomandata A.R.

Marca da bollo € 16,00

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA
c/o Azienda USL di BOLOGNA
Via Sant'Isaia 94/a
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza
_____ n. _____ c.a.p. _____

Telefono n. _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno indivisibile di n. _____ ore settimanali nella
branca

presso _____

pubblicato nel mese di _____ anno _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile 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),

DICHIARA

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 _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____
 - _____ presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - _____ presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (*allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero auto dichiarazione sostitutiva di certificazione*);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (*specificare sede e decorrenza*): _____
- di essere titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 23 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i*) nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria vigente per la branca pubblicata;
- di essere titolare di pensione a carico di enti diversi dall'ENPAM

dichiara inoltre:

- _____ 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.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B - ACN)

Il sottoscritto Dott.....nato ail.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(cancellare la voce che non interessa)

- a) di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte della competente Commissione di Disciplina prevista dall'ACN dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- b) di essere/non essere soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine dei Medici. In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____ data _____;
- c) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;

In caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

- d) di avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
- e) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;
- f) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- g) esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;
- h) operare/non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (**in caso affermativo**, indicare la struttura sanitaria in cui opera: _____);
- i) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (**in caso affermativo** indicare l'Azienda: _____)
- j) essere/non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni (convenzionati esterni) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

- k) essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- l) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99
- m) essere/non essere titolare di incarico nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- n) percepire/non percepire l'indennità di rischio radiologico in base ad altro rapporto lavorativo (**in caso di risposta affermativa** indicare il tipo di attività svolta: _____ e la misura dell'indennità percepita: _____);
- o) di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;
- p) di essere / non essere dipendente collocato in quiescenza.

In caso di risposta affermativa, specificare funzioni ed attività svolte durante l'ultimo anno di attività.

NOTE: _____

In fede

Data _____

Firma _____