

Avviso per la formazione di una graduatoria aziendale di medici aspiranti al conferimento di incarichi a tempo determinato nella Medicina dei Servizi per l'assistenza sanitaria presso la Casa di Reclusione Is Arenas, Arbus.

Ai sensi del punto 6.4. dell'allegato 1 della deliberazione della Giunta Regionale n. 17/12 del 24.4.2012, Linee guida per la disciplina dell'ordinamento della Sanità Penitenziaria, questa Azienda deve procedere alla formazione di una graduatoria aziendale per la Medicina dei Servizi per i medici disponibili allo svolgimento di attività assistenziale nell'Istituto penitenziario Casa Reclusione Is Arenas, Arbus, secondo i criteri previsti dal ACN per la Medicina Generale del 23.3.2005 e s.m.i. e dall'AIR del 12.5.2010 con priorità di interpello per i medici già operanti presso gli Istituti penitenziari.

Il presente avviso è rivolto a:

1. Medici, residenti in Sardegna da almeno due anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria aziendale (il requisito della residenza dovrà perdurare per tutta la durata dell'incarico), **già operanti, al 4 settembre 2011, presso gli Istituti penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile**, anche se non iscritti nella relativa graduatoria regionale, che saranno graduati secondo:

- l'anzianità di servizio prestato negli Istituti Penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile;
- in caso di parità nell'anzianità di servizio si applicheranno i criteri dell'art. 16, comma 5, ACN (minore età; voto di laurea; anzianità di laurea).

2. Medici, residenti in Sardegna da almeno 2 anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria aziendale (il requisito della residenza dovrà perdurare per tutta la durata dell'incarico), non in possesso dei requisiti di cui al punto 1, che saranno graduati secondo i criteri dell'art. 19 AIR 2010:

a) medici inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale (avranno la priorità nel conferimento degli incarichi i medici residenti nell'ambito della Azienda). Per l'assegnazione degli incarichi, nell'anno 2012, la graduatoria regionale di riferimento sarà quella valida per l'anno 2012, approvata con determinazione n. 98 del 11.1.2012 e pubblicata sul BURAS n. 5 del 2.2.2012, parte prima e seconda;

b) medici non inseriti in detta graduatoria (nell'ipotesi di carente disponibilità dei medici di cui al punto a), con priorità per i residenti nel territorio dell'Azienda, che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale o che abbiano conseguito l'abilitazione professionale entro e non oltre il 31.12.1994;

c) medici non inseriti in detta graduatoria (nell'ipotesi di carente disponibilità dei medici di cui ai precedenti punti a) e b) che abbiano acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31.12.1994 e che non siano in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non siano iscritti alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

ALL. 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NELLA MEDICINA DEI SERVIZI PRESSO L'ISTITUTO PENITENZIARIO CASA DI RECLUSIONE IS ARENAS, ARBUS.

Al Servizio Affari Generali
Via Ungaretti
09025 Sanluri

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/00 per le dichiarazioni false o mendaci,

Dichiara di essere Residente a _____

prov. _____ Via _____ n _____ CAP _____ tel.

_____ e-mail _____, Azienda

U.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione Sardegna

dal _____, laureato dal _____, con voto _____, in possesso del requisito

indicato (barrare):

1. Medico operante presso l'Istituto di _____ alla data del 4 settembre 2011 a far data dal ___/___/_____ per un totale di anni _____, mesi _____, giorni _____, in qualità di _____;

2. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 98 del 11.1.2012 e pubblicata sul BURAS n. 5 del 2.2.2012, parte prima e seconda;

3. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, e NON inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 98 del 11.1.2012 e pubblicata sul BURAS n. 5 del 2.2.2012, parte prima e seconda,

3.1 in possesso di attestato di formazione specifica in medicina generale;

OPPURE

3.1 che ha conseguito l'abilitazione professionale entro e non oltre il 31.12.1994;

OPPURE

3.3. che ha acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31.12.1994 e che non è in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non è iscritto alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalle disposizioni e accordi regionali in materia di sanità penitenziaria di assegnazione degli incarichi di medicina dei servizi territoriali presso l'Istituto penitenziario di competenza della ASL n. 6 Sanluri.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Il sottoscritto allega autocertificazione conforme al modello allegato 2 all'Avviso.

Data _____ firma per esteso _____

ALLEG.2

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

iscritto all'Albo dei Medici della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di:

(Barrare la dichiarazione)

essere

non essere

titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche
come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____;

essere

non essere

titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con

riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

essere

non essere

titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al

riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

essere

non essere

titolare di incarico a tempo indeterminato / determinato come specialista ambulatoriale

convenzionato interno: (1)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce
"NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

- essere
 non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (1):

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____;

- avere
 non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____;

- essere
 non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione SARDEGNA (1):

Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva / di disponibilità

- essere
 non essere

iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 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 _____;

- operare
 non operare

a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: (1)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

Periodo: dal _____

- operare
- non operare

a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:(1)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

- svolgere
- non svolgere

funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- svolgere
- non svolgere

per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- avere
- non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

Periodo: dal _____

- essere
- non essere

titolare o compartecipe di quote di imprese o (1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

- esercitare
- non esercitare

attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

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 _____

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 _____

essere

non essere

titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

operare

non operare

a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

Periodo: dal _____

essere

non essere

titolare di trattamento di pensione a: (1)

Periodo: dal _____

- fruire
- non fruire

di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:
(1) Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 – testo integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009
soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) – completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare