

Azienda ULSS n. 1 Dolomiti

PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Prot. n. 16345 /D.A.T.

Belluno, 17 MARZO 2021

AVVISO STRAORDINARIO

PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO I CENTRI DI SERVIZI UBICATI NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 1 DOLOMITI.

IL PRESENTE AVVISO PUBBLICO É FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO I CENTRI DI SERVIZI UBICATI NEI DISTRETTI N. 1 DI BELLUNO E N. 2 DI FELTRE **PER LA DURATA DI 12 MESI, DECORRENTI DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

PER LA NORMATIVA DI SETTORE SI FA RIFERIMENTO ALLE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELLA **DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO N. 1231 DEL 14 AGOSTO 2018.**

IL MODULO DELLA DOMANDA É SCARICABILE DAL SITO INTERNET AZIENDALE AL SEGUENTE INDIRIZZO: <http://www.aulss1.veneto.it/> > **concorsi e avvisi > servizio convenzioni > avvisi – servizio convenzioni.**

I MEDICI INTERESSATI DOVRANNO FAR PERVENIRE LA DOMANDA COMPLETA IN OGNI SUA PARTE, NONCHE' LA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA', **ENTRO LE ORE 12,00 DI MARTEDI' 30 MARZO 2021,** CON LE SEGUENTI MODALITA' ALTERNATIVE:

- CONSEGNA A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE DELL'AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI, VIA FELTRE N. 57 – 32100 BELLUNO;
- SPEDIZIONE A MEZZO PEC AL SEGUENTE INDIRIZZO: protocollo.aulss1@pecveneto.it
- SPEDIZIONE A MEZZO E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO: michele.boreggio@aulss1.veneto.it

PER ULTERIORI INFORMAZIONI, GLI INTERESSATI POTRANNO RIVOLGERSI ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE, SEDE DI BELLUNO, N. TEL. 0437/516848;

IL RESPONSABILE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
- Dott. Gianluca ROMANO -

Avviso pubblico **per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale** dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI A) E B) DELL'ELENCO AZIENDALE

(Medici di assistenza primaria e Medici di continuità assistenziale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti)

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti di Belluno
Uffici della D.A.T. di Belluno
Via Feltre, n. 57
32100 – Belluno (BL)

Da trasmettere entro e non oltre il 30 marzo 2021 a mezzo e-mail al seguente indirizzo michele.boreggio@aulss1.veneto.it oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).

Facendo riferimento all'avviso prot. n. _____ del _____ il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____, tel. _____, indirizzo e-mail _____, PEC _____:

- Medico di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;
- Medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal _____ con nr. _____ assistiti e di esercitare/non esercitare in via esclusiva attività convenzionata di assistenza primaria a favore dei propri assistiti da almeno 3 anni;
- Di essere medico di assistenza primaria con incarico provvisorio presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal _____ al _____;
- Di essere medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti con incarico a tempo indeterminato/provisorio dal _____;

- Di essere incaricato per le attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura e luogo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina interna
 - Fisiatria
 - O altre attinenti al ruolo di medico curante _____

Chiede che eventuali comunicazioni inerenti l'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

Data e luogo _____

Timbro e Firma _____

Avviso pubblico **per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale** dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI C), D) e E) DELL'ELENCO AZIENDALE

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti di Belluno
Uffici della D.A.T. di Belluno
Via Feltre, n. 57
32100 – Belluno (BL)

Da trasmettere entro e non oltre il 30 marzo 2021 a mezzo e-mail al seguente indirizzo michele.boreggio@aulss1.veneto.it oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).

Facendo riferimento all'avviso prot. n. _____ del _____ il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____ tel. _____, indirizzo e-mail _____ PEC _____:

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di _____ in data _____;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di non essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina Interna
 - Fisiatria
 - O altre attinenti al ruolo di medico curante: _____

- Di aver svolto/svolgere attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di non essere inserito nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
 - Geriatria
 - Medicina Interna
 - Fisiatria
 - O altre attinenti al ruolo di medico curante: _____

Chiede che eventuali comunicazioni inerenti l'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

Data e luogo _____

Timbro e Firma _____