



N. 8 del Reg. Deliberazioni

del 18/01/2019

**DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE**

**- Dott. Fernando Antonio Compostella -
nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Veneto
n. 195 del 30.12.2015 e
confermato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Veneto
n. 160 del 30.12.2016**

OGGETTO: Approvazione Avviso per la definizione della Graduatoria Aziendale per il conferimento di incarichi a tempo determinato (Provvisori e Sostituzione) di medici Pediatri di Libera Scelta.

Struttura UOC Direzione amministrativa territoriale

Si attesta l'avvenuta regolare istruttoria del presente provvedimento proposto per l'adozione in ordine alla legittimità con ogni altra disposizione regolante la materia.

Il Direttore della Unità Operativa Complessa

Dott. Dario Sicchiero

Il Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale, Dott. Dario Sicchiero, riferisce quanto segue:

- in data 21/06/2018 la Conferenza permanente Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sull'ACN con i Medici Pediatri di Libera Scelta – triennio 2016-2018 (economico e normativo) - che introduce la procedura per la definizione delle graduatorie aziendali dei pediatri disponibili al conferimento di eventuali incarichi provvisori o all'affidamento di sostituzioni;
- tale procedura stabilisce che le Aziende ULSS provvedano a pubblicare, sul sito aziendale, un Avviso entro 15 giorni dalla pubblicazione della Graduatoria Definitiva Regionale valida per l'anno 2019;
- sul BUR n. 2 del 4/01/2019 è stata pubblicata la Graduatoria Regionale definitiva dei Medici Pediatri di Libera Scelta generale, valida per l'anno 2019.

Per tutto quanto sin qui enunciato, il Dott. Dario Sicchiero, nella riferita qualità di Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale, propone:

- di approvare l'allegato Avviso, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la definizione della Graduatoria Aziendale per il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di Medici Pediatri di Libera Scelta.

IL DIRETTORE GENERALE

- In relazione a quanto sopra riferito e preso atto che il Direttore del Servizio proponente, competente dell'istruzione dell'argomento in questione, ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- Visto l'A.C.N. per i Medici di Medicina Generale reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 15/12/2005 e ss.mm.ii;
- Visto l'Accordo Regionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta approvato con D.G.R. n. 2667 del 7/08/2006;
- Visto il BUR n. 2 del 4/01/2019 sul quale è stata pubblicata la Graduatoria Regionale definitiva dei Medici Pediatri di Libera Scelta, valida per l'anno 2019;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e del Direttore dei Servizi Socio Sanitari, ai sensi dell'art. 16 della L. R. n. 56/94 e successive modificazioni ed integrazioni;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato Avviso, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la definizione della Graduatoria Aziendale per il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di Medici Pediatri di Libera Scelta.

Delib_AVVISO_PLS.2019

Responsabile del Procedimento: Dott. Dario Sicchiero
Referente dell'Istruttoria: Dott.ssa Manuela Nicoletti

* * * * *

Pareri favorevoli in quanto di competenza:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Urbano Brazzale

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Edgardo Contato

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Dott.ssa Paola Casson

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. F. Antonio Compostella

<p>Il presente atto, eseguibile dalla data di adozione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è soggetto a controllo <input type="checkbox"/> ; - non è soggetto a controllo <input checked="" type="checkbox"/> X <p>Rovigo, 18/01/2019</p>	<p>Il Direttore UOC Affari Generali</p> <p>Dr.ssa Patrizia Davi</p>
<p style="text-align: center;"><i>Attestazione di pubblicazione</i></p> <p>Copia del presente atto è pubblicata all'Albo on line dell'Azienda per 15 giorni consecutivi da oggi.</p> <p>Rovigo, 18/01/2019</p>	<p>Il Direttore UOC Affari Generali</p> <p>Dr.ssa Patrizia Davi'</p>
<p>Copia del presente atto viene inviata in data odierna al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 56 del 14.9.94)</p> <p>Rovigo, 18/01/2019</p>	<p>Il Direttore UOC Affari Generali</p> <p>Dr.ssa Patrizia Davi'</p>
<p>Copia conforme all'originale, per uso amministrativo</p> <p>Rovigo,</p>	<p>Il Direttore UOC Affari Generali</p> <p>Dr.ssa Patrizia Davi'</p>

Da distribuire a:			
DIRETTORE GENERALE	-	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	- UFFICIO PROTEZIONE DATI
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	-	UOC DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE	- UFF. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE
DIRETTORE SANITARIO	-	UOC DIREZIONE AMM.VA OSPEDALIERA	- UFF. RELAZIONI CON IL PUBBL.E COMUNICAZIONE
DIRETTORE SERVIZI SOCIO-SANITARI	-	UOC CONTROLLO DI GESTIONE	-
COLLEGIO DI DIREZIONE	-	UOC DIREZ. PROFESSIONI SANITARIE	-
DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA	-	UOC ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE	-
DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE	-	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	-
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	-	UOC DISABILITA' NON AUTOSUFFICIENZA	-
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	-	UOC INFANZIA, ADOL.E FAM.DISTRETTO 1	-
UOC DISTRETTO 1 ROVIGO	X	UOC INFANZIA, ADOL.E FAM.DISTRETTO 2	-
UOC DISTRETTO 2 ADRIA	X	UNITA' OPERATIVA PER IL SOCIALE	-
UOC DIREZIONE MEDICA OSP. RO-TRE	-	UOC PSICHIATRIA	-
UOC DIREZIONE MEDICA OSP. ADRIA	-	UOC SERD	-
POLO FORMATIVO	-	UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO	-
UOC AFFARI GENERALI	-	UOS ASSISTENZA SPECIALISTICA AMB.	-
UOC CONTABILITA' E BILANCIO	-	UOS MEDICO COMPETENTE	-
UOC PROV. ECONOM. LOGISTICA	-	UOS INTERNAL AUDITING E CERT.BIL.	-
UOC SERVIZI TECNICI PATRIMONIALI	-		



AVVISO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE VALIDA PER L'ANNO 2019 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE) DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA PRESSO L'AZIENDA ULSS 5 POLESANA

In esecuzione all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta del 21/06/2018, si rende noto che l'Azienda ULSS n. 5 Polesana intende procedere alla formazione di una Graduatoria Aziendale di disponibilità, come previsto dall'art. 15, comma 7 dell'A.C.N. soprarichiamato, per il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di medici Pediatri di Libera Scelta.

Le disponibilità saranno valutate secondo i seguenti criteri di priorità:

1. medici Pediatri iscritti nella graduatoria unica regionale 2019 ordinati in base al relativo punteggio;
2. medici, pur non inseriti nella graduatoria regionale, in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti dopo la data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Per i medici Pediatri non iscritti nella graduatoria unica regionale verranno considerati in ordine successivo di priorità:

- a) l'ordine della anzianità di specializzazione
- b) il voto di specializzazione
- c) la minore età

(tali dati dovranno pertanto essere evincibili dall'istanza inoltrata pena l'esclusione dalla graduatoria).

Ciascun incarico, della durata di un anno, sarà assegnato al medico Pediatra avente titolo, in condizioni di compatibilità, secondo le vigenti disposizioni in materia ed avrà decorrenza dalla data di conferimento, non differibile dall'interessato, pena il venir meno dell'incarico stesso.

Al fine di formulare la graduatoria aziendale, i medici Pediatri interessati dovranno inoltrare apposita domanda, in regola con le vigenti norme in materia di bollo, entro 30 gg. dalla pubblicazione dell'Avviso sul sito dell'Azienda, secondo il modello allegato, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità, al seguente indirizzo: **UOC Direzione Amministrativa Territoriale - Azienda ULSS n. 5 Polesana - Viale Tre Martiri, 89 - 45100 ROVIGO.**

L'istanza potrà, inoltre, pervenire a **mezzo raccomandata A.R. o a mezzo PEC: (protocollo.aulss5@pecveneto.it o consegnata a mano direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 5 Polesana.**

L'Avviso ed il fac-simile di domanda sono, altresì, disponibili presso la UOC Direzione Amministrativa Territoriale dell'Azienda ULSS n. 75 Polesana (tel. 0425/393970 - 393630) e presso la UOC Direzione Amministrativa dei Servizi Territoriali – Ufficio Medicina Convenzionata (tel. 0426/940619-20) e pubblicato sul sito: [www.aulss5.veneto.it/Archivi e strutture/ULSS 18 Rovigo/PEDIATRI/documenti scaricabili](http://www.aulss5.veneto.it/Archivi_e_strutture/ULSS_18_Rovigo/PEDIATRI/documenti_scaricabili).

Per quanto non previsto nel presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta, nonché ai relativi accordi regionali ed aziendali vigenti in materia.

Il Direttore Generale

Dr. F. Antonio Compostella

(BOLLO € 16,00)

Alla UOC Direzione Amministrativa
Territoriale

Azienda ULSS n. 5 Polesana

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____
n° _____ Telefono _____ Cellulare _____ e-mail
_____ C.F.: _____
PEC _____ Laureato il _____
presso l'Università di _____ con voto _____
Specializzato in _____ il _____ presso
l'Università di _____ con voto _____ iscritto
all'Albo dei Medici e Chirurghi della Provincia di
_____ inserito in graduatoria regionale valida
per l'anno 2019 con il punteggio di _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella Graduatoria Aziendale per l'assegnazione di incarichi a Tempo Determinato (Provvisori e di Sostituzione) di medici Pediatri presso l'Azienda ULSS n. 5 Polesana e all'uopo,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 e s.m.i., che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

- 1) Allegato: Copia documento d'identità in corso di validità.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____
n° _____ iscritto all'Ordine dei Medici di _____
dal _____ al n° _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

1) essere - non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali
_____ Via _____

Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____
ore sett. _____ Azienda _____
branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia _____ branca

_____ Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92: Azienda _____ Via

_____ Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) 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 _____

9) operare/non operare (1) 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. (2) Organismo

_____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) 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: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune _____

_____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____

_____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda _____ Comune di _____

_____ Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) _____

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) 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 (1) 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 (1) 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 (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore
sett. _____ Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) 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 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 (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 de 30/06/2003 si informa che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio al fine della formulazione della graduatoria, in caso di rifiuto, la S.V. non sarà inserita nella graduatoria

2. i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesta Azienda ULSS al fine della formulazione della graduatoria

3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'Azienda ULSS

4. potrà rivolgersi a questa Azienda ULSS per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003

5. il titolare dei dati è il Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale Dott. Dario Sicchiero.

Il sottoscritto _____ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma
