



Pediatria di Libera Scelta

Avviso per la predisposizione delle Graduatorie aziendali per incarichi provvisori e sostituzioni

Considerato che la Regione Campania ha pubblicato la Graduatoria definitiva di Pediatria di Libera Scelta anno 2021, valevole per l'anno 2022;

visto l'art. 15, co. 7 dell'ACN di categoria che prevede per le Aziende la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione;

i medici pediatri interessati devono presentare, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, domanda in bollo che deve essere:

- redatta secondo lo schema di cui all'Allegato A;
- corredata dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - Allegato B e della copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- inviata, con gli allegati in un unico file formato pdf, all'indirizzo di posta elettronica certificata assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it.

Il presente provvedimento è stato pubblicato
all'albo pretorio in data _____

A.S.L. SALERNO
FUNZIONI AFFARI GENERALI
Il Direttore D.ssa Eliana Ambrosio

Bollo
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno

UOC Assistenza Primaria
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
Cellulare _____ Telefono fisso _____
laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____ con voto _____/110 presso
l'Università degli Studi di _____, abilitato all'esercizio della professione medica
nell'anno _____, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____ con numero iscrizione _____,
di essere specializzato/a in _____ il _____
con voto _____ / _____ presso l'Università degli Studi di _____

CHIEDE

in applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici Pediatri di Libera Scelta, di essere inserito nella graduatoria aziendale dei Pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione per la Pediatria di Libera Scelta.

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

(biffare un solo item dei seguenti due)

- di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022, pubblicata sul BURC n. 117 del 20/12/2021, alla posizione _____ con punti _____;
- di non essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva 2021 valevole per l'anno 2022 pubblicata sul BURC n. 117 del 20/12/2021;

Il sottoscritto, consapevole che le convocazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione avverranno esclusivamente per Posta Elettronica Certificata, indica di seguito il proprio indirizzo PEC:

_____ (per chiarezza indicare la PEC in stampatello in maniera leggibile)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità:

- che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____

_____ (luogo e data)

_____ (firma)

M. S. L.

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
 nato/a a _____ (prov. _____) il _____
 e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
 al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
 iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
 ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai
 benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia
 dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde al vero.

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Medicina Generale ai sensi dell'ACN 2005 e smi con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

3. essere/non essere (1) titolare di incarico come Pediatra di Libera Scelta ai sensi dell'ACN 2005 e smi 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)

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6. 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 _____ A.S.L. _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

8. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L.833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

9. 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 _____

10. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

11. 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 _____

12. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

13. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo: dal _____

15. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo: dal _____

NOTE _____

(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 modello alla voce "NOTE".

