

Serie Avvisi e Concorsi n. 9 - Mercoledì 02 marzo 2011

Comunicato Regionale n. 30 del 23 febbraio 2011
Direzione generale Sanità - Ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia ASL di Lecco

Ai sensi degli artt. 33 comma 1 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di famiglia, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia rilevati dalla A.S.L. di Lecco

A pena di esclusione le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al B.U.R.L., dovranno pervenire alle A.S.L. competenti per

territorio entro e non oltre il 17 marzo 2011 (non si terra conto del timbro postale).

Sommario

- Ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia
Fac - simili domande e dichiarazioni informative
Indirizzo A.S.L. di Lecco

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.sanita.regione.lombardia.it, sotto la voce area corsi, concorsi e graduatorie; i fac - simili delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia (Per Graduatoria)

All'Azienda Sanitaria Locale
Della Provincia di
Via

Il sottoscritto Dott. nato a Prov. il codice fiscale Residente a prov. via n. CAP. tel. a far data dal A.S.L. di residenza e residente nel territorio della Regione dal inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Famiglia valida per l'anno 2010, laureato dal con voto

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria di Famiglia, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n del e segnatamente per i seguenti ambiti:

Table with 3 columns: Ambito territoriale, Ambito territoriale, Ambito territoriale. Each column contains a series of dotted lines for text entry.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
il domicilio sotto indicato:

c/o Comune CAP provincia indirizzo

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione, nonché dichiarazione sostitutiva Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

Data..... Firma per esteso.....

**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatría di Famiglia (Per trasferimento)**

All' Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di.....
Via.....

Il sottoscritto Dott. _____ nato
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ via
n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e
residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo
indeterminato per la pediatria di famiglia presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____
per l'ambito territoriale _____ della Regione
_____ dal _____ e con anzianità complessiva di pediatria di famiglia pari a
mesi _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di famiglia, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettere a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di famiglia e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allego inoltre la dichiarazione sostitutiva dell'Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

allegati n. _____ documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

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

Data..... Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato I dell'ACN per la pediatria di famiglia del 29.07.2009)

Il sottoscritto

Dott.....

nato a..... il..... residente
in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto
all'Albo

dei..... della Provincia
di....., 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 incarico 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 medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte.
Periodo: dal.....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....

5. 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)
6. 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.....
7. 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.....
8. 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.....
9. 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.....
10. 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.....
11. 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.....

12. 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.....

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

.....

.....

.. Periodo: dal.....

14. 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

.....
.....
.....
.....
.....

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".

Autentica della sottoscrizione**(Timbro)**

L'anno duemila_____ addì_____ del mese di
 _____ è comparso ____l____ Signor
 _____ della cui identità sono certo
 per ____l____ quale, dopo essere stato____ da me ammonit____ sulla respon-sabilità penale
 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa
 dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)

INDIRIZZO AZIENDA SANITARIA DELLA ASL DI LECCO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

LECCO	Dipartimento delle Cure Primarie C.So Carlo Alberto, 120 23900 LECCO	0341 - 482240
-------	--	---------------

Ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta

A.S.L. della provincia di LECCO
 Corso Carlo Alberto 120
 Cap 23900 COMUNE LECCO
 N. TEL 0341 . 482240

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI
 Ambito pediatrico costituito dai Comuni di: Civate,
 Malgrate, Oliveto Lario e Valmandrera

N° POSTI
 1