

AVVISO
PER I SERVIZI STAGIONALI DI ASSISTENZA SANITARIA
AI TURISTI NELLA ASL 1 DI MASSA E CARRARA

In relazione al disposto di cui all'art. 32 dell'Accordo collettivo nazionale (Acn) per la Medicina generale del 23.03.05, così come modificato da quello del 29.07.09, e dell'Accordo regionale per la Continuità assistenziale, recepito con deliberazione G.R.T. n. 972/08 (punto 5), viene attivato il servizio stagionale di assistenza sanitaria ai villeggianti nelle località turistiche della Asl 1 di Massa e Carrara.

I medici interessati allo svolgimento dell'attività in questione dovranno inviare, entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo della U.O. Convenzioni uniche nazionali della Asl 1, **esclusivamente a mezzo Raccomandata A.R.**, la relativa domanda completata in ogni sua parte e firmata per esteso.

La sottoscrizione della domanda, il cui modello è allegato al presente avviso, non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a fotocopia di documento di identità valido.

Ai fini del conferimento degli incarichi, le domande verranno ordinate graduandole secondo l'ordine seguente:

1. domande di medici titolari di incarico convenzionale per l'Assistenza primaria o la Continuità assistenziale presso la Asl 1, che verranno graduati tenendo conto delle seguenti priorità:
 - a) medico titolare di incarico convenzionale presso la Asl 1 secondo l'anzianità di incarico;
 - b) medico titolare di incarico convenzionale con carico assistenziale inversamente proporzionale (fino al massimo impegno orario di 48 ore settimanali); a parità di carico assistenziale si applicheranno i criteri di cui all'art. 65, comma 8, dell'Acn;
2. domande dei candidati presenti nella graduatoria regionale di settore vigente, secondo l'ordine della stessa;
3. domande dei candidati non presenti nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, graduati secondo i seguenti criteri: **minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;**
4. domande dei candidati non presenti nella graduatoria regionale e non iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale, graduati secondo i seguenti criteri: **minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;**
5. domande dei candidati non presenti nella graduatoria regionale, iscritti a corsi di specializzazione o al corso di formazione specifica in Medicina Generale, graduati secondo i seguenti criteri: **minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.**



U.O. Convenzioni uniche nazionali

Via Don Minzoni 3
54033 Carrara
Tel. 0585-657584
Fax 0585-657534

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 8 GIUGNO 2010

I medici residenti nella Asl 1 di Massa e Carrara godranno del diritto di precedenza sui medici non residenti.

Il servizio sarà espletato presso postazioni della Zona-distretto delle Apuane (Partaccia e Marina di Carrara), dal 1° luglio al 31 agosto 2010 tutti i giorni della settimana, con le modalità e gli orari che verranno indicati nella lettera di incarico.

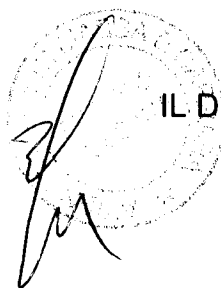
La domanda, il cui modello potrà essere ritirato presso la U.O. Convenzioni uniche nazionali della Asl 1 (via Don Minzoni 3, Carrara, dalle ore 8.00 alle ore 13.00, dal lunedì al venerdì) o scaricato, insieme al presente avviso, dal sito web della stessa Asl (www.usl1.toscana.it, alla sezione "Concorsi e avvisi"), dovrà essere inviata entro il termine sopra indicato (fa fede il timbro postale di spedizione) al seguente indirizzo:

Azienda Us1 di Massa e Carrara
U.O. Convenzioni uniche nazionali
Via Don Minzoni, 3
54033 – CARRARA

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della sola procedura prevista dal presente avviso e all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto di lavoro di assistenza sanitaria ai turisti, ed avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo le modalità stabilite dallo stesso D.Lgs. n. 196/2003. Il responsabile del trattamento dei dati è il direttore dell'U.O. Convenzioni uniche nazionali.

L'Azienda si riserva ampia facoltà di prorogare, sospendere, revocare annullare il presente avviso.

Carrara, 24.05.2010



IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Antonio Delvino)

U.O. Convenzioni uniche
nazionali

Via Don Minzoni 3
54033 Carrara
Tel. 0585-657584
Fax 0585-657534

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 8 GIUGNO 2010

Spett.le Azienda USL 1
U.O. Convenzioni uniche nazionali
Via Don Minzoni 3
54033 – CARRARA (MS)

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO NELL'ATTIVITA'
STAGIONALE DI ASSISTENZA AI TURISTI – ESTATE 2010**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____, il _____, codice fiscale
_____, cod. regionale _____, residente a
_____ via/piazza _____ n. _____
C.A.P. _____, domiciliato/a a _____ via/piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____, tel.
_____, cell. _____, mail
_____.

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di cui all'oggetto nell'Azienda in indirizzo, in uno dei mesi sotto indicati in ordine di preferenza:

MESE	ORDINE DI PREFERENZA		
	1°	2°	3°

A tal fine, consapevole che, ai sensi art. 76 D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà):

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____;
- di essere abilitato/a in data _____ (indicare almeno la sessione e l'anno);

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (*contrassegnare la lettera che interessa*):
 - a. Medico convenzionato per l'Assistenza primaria o Continuità assistenziale (specificare ASL di incarico _____, **indicare numero assistiti o numero ore di incarico** _____);
 - b. Medico presente nella graduatoria regionale di settore;
 - c. Medico non presente nella graduatoria regionale ma in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale;
 - d. Medico non presente nella graduatoria regionale e non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione;
 - e. Medico non presente nella graduatoria regionale e iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o a corsi di specializzazione.
- di prendere atto che l'incarico può essere conferito per una sola Azienda tra quelle richieste.

Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda anche nelle Aziende sotto riportate:

- _____
- _____
- _____
- _____

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

Luogo e data

Firma leggibile (*)

(*) **Attenzione:** La sottoscrizione della presente istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia di un documento d'identità valido.