

## AVVISO INTERNO

### PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO AZIENDALE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DISPONIBILI ALL'EFFETTUAZIONE DI TURNI PRESSO L'HOTEL COVID DI FIUGGI

E' indetto un Avviso Interno per la costituzione di un elenco Aziendale di Medici di Medicina Generale disponibili all'effettuazione di turni presso l'Hotel COVID di Fiuggi.

#### **Turnazioni previste:**

Ore 08:00 – 14:00 (con tariffa oraria di Euro 60,00)

Ore 14:00 – 20:00 (con tariffa oraria di Euro 60,00)

Ore 20:00 – 08:00 (con tariffa complessiva di Euro 480,00)

Nota bene: Ogni Medico non potrà superare le 48 ore settimanali complessive (come da normativa vigente)

#### **Destinatari:**

Si fa presente che i Medici di Medicina Generale già inseriti negli elenchi Aziendali per i progetti ACP e Ambufest verranno inseriti d'ufficio nell'elenco di cui al presente avviso.

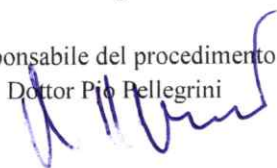
In aggiunta, possono dare disponibilità all'effettuazione dei turni tutti i Medici di Medicina Generale che sono inseriti nella vigente Graduatoria Aziendale per la Medicina Generale (Determinazione n. 2762 del 08/04/2020) (aggiornata con Determinazione n. 7046 del 30/09/2020)

L'elenco di cui al presente Avviso avrà validità fino al 31 dicembre 2020 e in caso di necessità verrà aggiornato.

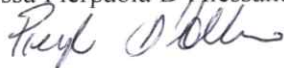
#### **Modalità di adesione:**

Vista l'urgenza dell'attivazione delle turnazioni, le adesioni al presente avviso dovranno essere inoltrate tramite PEC all'indirizzo [medicinageneraleguardiamedica@pec.aslfrosinone.it](mailto:medicinageneraleguardiamedica@pec.aslfrosinone.it) entro e non oltre le ore 24:00 del giorno 20 ottobre 2020.

Responsabile del procedimento  
Dottor Pio Pellegrini



Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Pierpaola D'Alessandro



Il Direttore Generale f.f.  
Dott.ssa Patrizia Magrini





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-  
quinqies 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 di \_\_\_\_\_

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 del  
D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:



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 \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare le "NOTE"

**NOTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e che sono a conoscenza che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento; mi impegno inoltre:

- a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito alle notizie fornite con la presente dichiarazione entro 5 giorni dal verificarsi;
- a far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dell'incarico di Medico di Continuità Assistenziale attribuito dalla ASL di Frosinone

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38, DPR 445 del 28/12/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.