

REGIONE EMILIA ROMAGNA
COMITATO CONSULTIVO ZONALE ex art. 24
(ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI,
MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA')
AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA Via Montebello 6, 40121 Bologna -
Tel. 051/2869272- 051/2869280 - 051/2869263
Fax 051/2869304

AVVISO DI PUBBLICAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E PROFESSIONISTI PRESSO I
SERVIZI ED I PRESIDII AMBULATORIALI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

(artt. 22 e 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e s.m.i.)

Prot N. 78871/18-09

Bologna, 15.06.2011

2° TRIMESTRE 2011

AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
BRANCA: O.R.L.

Turno indivisibile a tempo indeterminato di n. 2,00 ore settimanali, raggruppati in due accessi quindicinali, da espletare presso la Casa Circondariale Dozza, Via Del Gomito 2 Bologna -
Articolazione oraria e giornate di accesso da definire.

I candidati dovranno presentare, in caso di assegnazione del turno, il certificato del Casellario Giudiziale, così come richiesto dalla Direzione dell'Istituto di Detenzione interessato.

AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
BRANCA: CARDIOLOGIA

Turno, indivisibile, a tempo indeterminato di n. 8,00 ore mensili da espletare presso la Casa Circondariale Dozza, via del Gomito 2 Bologna, con la seguente articolazione oraria:

- ✓ Giovedì dalle 9,00 alle 13,00 a settimane alterne

La scelta dello specialista avverrà sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali quali : **competenza in ecocardiografia.**

Tale competenza verrà valutata da parte di una commissione di esperti del settore così come stabilito dall'art. 22, comma 4, dell'A.C.N. del 29.07.2009 repertorio 95/CSR.

AZIENDA USL DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA
BRANCA: CARDIOLOGIA

Turno indivisibile, a tempo determinato, di 6 ore settimanali finalizzate all'espletamento di prove da sforzo massimali ed ecocardiografie a partire dal 1 settembre 2011, da espletarsi per la durata di un anno, nell'ambito del Progetto CCM "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia", presso il Centro di Medicina dello Sport di Casalecchio di Reno, secondo la seguente articolazione oraria:

- Martedì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00

L'individuazione dell'avente titolo avverrà previo accertamento dei requisiti richiesti attraverso prova pratica di test da sforzo massimale ed ecocardiografia valutati da parte di apposita commissione di esperti del settore così come stabilito dall'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore

AZIENDA USL DI IMOLA
BRANCA: MEDICINA DELLO SPORT

Turno indivisibile a tempo indeterminato di 29,00 ore settimanali da svolgersi presso l'Ospedale Vecchio di Imola - Via Amendola, 2 e presso il Polo Sanitario di Medicina- Via Saffi, 1 negli orari di seguito indicati:

Lunedì dalle ore 11,20 alle ore 16,30 Ospedale Vecchio

Martedì dalle ore 8,00 alle ore 13,30 e dalle ore 13,50 alle ore 16,00
Ospedale Vecchio

Mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,30 e dalle ore 13,50 alle ore 16,30
Ospedale Vecchio

Giovedì dalle ore 8,00 alle ore 13,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,30
Ospedale Vecchio / Medicina

Tale orario ambulatoriale potrà subire modifiche in relazione alla flessibilità richiesta per le attività sotto specificate e per alcune possibili variazioni organizzative relative alla sede di Medicina.

In considerazione dei programmi di Sanità Pubblica previsti nel Piano Regionale della Prevenzione e dei conseguenti obiettivi assegnati alle Direzioni Generali Aziendali relativi alla Promozione dell'attività fisica nella popolazione e alla prescrizione di attività fisica in soggetti portatori di patologie sensibili, allo specialista si richiede che possieda competenze sulla prescrizione dell'attività fisica a fini preventivi e terapeutici, conoscenze epidemiologiche e capacità ed attitudine ad effettuare iniziative formative.

Il professionista dovrà, inoltre, essere disponibile, nell'ambito del monte orario assegnato, all'effettuazione di iniziative di promozione dell'attività fisica e a

collaborare agli aspetti organizzativi relativi alle campagne rivolte alla popolazione.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione dei curricula e una prova attitudinale/colloquio, da parte di apposita commissione di esperti del settore, composta da due specialisti delegati dall'Azienda e due specialisti designati da membri di parte medica del Comitato Consultivo Zonale di cui all'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore. Pertanto, ai fini della assegnazione dell'incarico, verranno valutate pregresse esperienze lavorative in tali ambiti, oltre che percorsi formativi orientati alle nuove funzioni in capo alla Medicina dello Sport.

AZIENDA USL DI IMOLA

Branca di Fisiatria:

Turno indivisibile a tempo indeterminato di 8,00 ore settimanali da svolgersi presso l'Ambulatorio del Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ospedale Vecchio di Imola - Via Amendola, 2 negli orari di seguito indicati:

Martedì dalle ore 9,00 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 17,30

In considerazione di quanto definito dalle Linee Guida per la riabilitazione dei bambini affetti da paralisi cerebrale infantile e dalla Delibera Regionale 11.02.2008, n. 138, si richiede che il professionista possieda:

- competenze professionali specifiche nell'ambito della valutazione neuromotoria e sul trattamento riabilitativo delle disabilità neurologiche in età evolutiva;
- competenze specifiche sulla valutazione della chirurgia funzionale delle paralisi cerebrali infantili;
- competenze specifiche sull'uso della tossina botulinica nel trattamento delle patologie neuromotorie dell'età evolutiva;
- competenze specifiche degli ausili ad alta tecnologia per la comunicazione per le funzioni motorie, per le attività della vita quotidiana, per le autonomie negli spostamenti e per le funzioni visuo-percettive;
- conoscenze specifiche relative agli ausili posturali e alle ortesi complesse per la deambulazione e la funzionalità dell'arto superiore rivolte alle esigenze del bambino e dell'adolescente.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione dei curricula e un colloquio, da parte di apposita commissione di esperti del settore, composta da due specialisti delegati dall'Azienda e due specialisti designati da membri di parte medica del Comitato Consultivo Zonale di cui all'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore. Pertanto, ai fini della assegnazione dell'incarico, verranno valutate pregresse esperienze lavorative

in tali ambiti, oltre che percorsi formativi specificatamente orientati a tali competenze.

I.N.A.I.L.

VIGORSO DI BUDRIO (BOLOGNA)

BRANCA: PSICOLOGIA

Turno indivisibile di n. 15,00 ore settimanali di Medico specialista ambulatoriale – branca Psicologia - a tempo indeterminato, a decorrere dal 1 Agosto 2011, con specifica competenza sulle problematiche psicologiche presentate da pazienti amputati.

Si precisa che al fine della presentazione della domanda sarà considerato come titolo il diploma di specializzazione in una delle branche principali della specialità Psicologia previste dall'allegato A all'A.C.N. del 29.07.2009 -

Articolazione oraria:

- Lunedì dalle ore 15,00 alle ore 20,00
- Giovedì dalle ore 15,00 alle ore 20,00
- Venerdì dalle ore 15,00 alle ore 20,00

Sede di lavoro: CENTRO PROTESI INAIL Via Rabuina 14 – Vigorso di Budrio (BO)

Gli incarichi saranno assegnati secondo i criteri e le procedure di cui all'art 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e s.m.i. In fase di assegnazione dell'incarico verranno valutate le incompatibilità previste dall'art.15 dell'A.C.N.

Gli incarichi potranno essere assegnati a **TEMPO INDETERMINATO** ai medici/professionisti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- titolari di incarico a tempo indeterminato presso Aziende USL o presso INAIL o SASN (art.23, comma 1, lettere a); b); c) d); e);f)
- titolari di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, Ministero di grazia e Giustizia (art.23, comma 1, lettera g);
- titolari di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM (art.23, comma 1, lettera i);
- medici di medicina generale, specialisti pediatri di libera scelta, medici della medicina dei servizi, di continuità assistenziale, dipendenti di struttura pubblica che esprimano disponibilità a convertire il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso della specializzazione nella branca in cui partecipano (art.23, comma 1, lettera l).

Gli incarichi potranno, invece, essere assegnati unicamente a **TEMPO DETERMINATO** ai medici/professionisti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- titolari di incarico a tempo determinato che faccia richiesta di incremento orario o di trasferimento(art.23, comma 1, lettera h);

- titolari di incarico a tempo determinato con pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM (art.23, comma 1, lettera i);
- non ancora titolari di incarico, presenti nelle graduatorie valevoli per il 2011 (comma 10);
- non iscritti nelle graduatorie valevoli per il 2011 (art.23, comma 11)

In caso di previsione di espletamento di prova di verifica del possesso di particolari capacità professionali, la data ed il luogo di svolgimento della prova saranno comunicati con un preavviso di almeno 15 giorni.

Le domande, **in bollo**, devono essere inviate, con Raccomandata A.R., al Comitato Consultivo Zonale c/o Azienda USL di .Bologna. - Via Montebello 6, 40121 Bologna - Tel. 051/2869280 051/2869263 051/2869272 Fax 051/2869304,

dall' 1 al 10 LUGLIO 2011

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

f.to IL PRESIDENTE
Dr. Luca Barbieri

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Raccomandata A.R.

Marca da bollo € 14,62

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA c/o
Azienda USL**

.....
.....

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____ presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno divisibile/indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____ presso il Distretto di _____ pubblicato nel mese di _____ anno _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____
 - presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (specificare sede e decorrenza): _____
- di essere titolare di incarico a tempo determinato (ai sensi dell'art. 23 ACN 23 marzo 2005 e s.m.i) nella branca di : _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria vigente per la branca pubblicata;
- di essere titolare di pensione a carico di enti diversi dall'ENPAM

dichiara inoltre:

- di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B – ACN)

Il sottoscritto Dott.....nato ail.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(cancellare la voce che non interessa)

- a) di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte della competente Commissione di Disciplina prevista dall'ACN dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- b) di essere/non essere soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri . In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:
_____ data _____;
- c) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;
In caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

- d) di avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
- e) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;
- f) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- g) esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;
- h) operare/non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (**in caso affermativo**, indicare la struttura sanitaria in cui opera: _____);
- i) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (**in caso affermativo** indicare l'Azienda: _____)
- j) essere/non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni (convenzionati esterni) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

- k) essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- l) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99
- m) essere/non essere titolare di incarico nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- n) percepire/non percepire l'indennità di rischio radiologico in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di **risposta affermativa** indicare il tipo di attività svolta: _____ e la misura dell'indennità percepita: _____);
- o) di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;

NOTE: _____

In fede

Data _____

Firma _____