

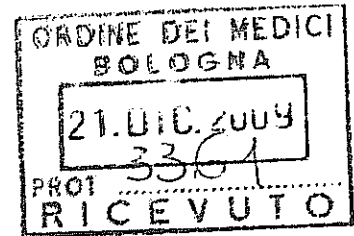
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Comitato Consultivo Zonale  
ex art. 24 A.C.N. del 23/3/2005

Il Presidente

SD/rp

Prot. 165763/1809



Bologna, 16/12/2009

ALL'ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
Via Zaccherini Alvisi 4  
40138 BOLOGNA

AL SEGRETARIO PROVINCIALE  
DEL S.U.M.A.I.  
DR. DI NATALE PIETRO  
PRESSO POLIAMBULATORIO  
VIA MONTEBELLO 6  
40121 BOLOGNA

ALLA FEDERAZIONE  
CISL MEDICI  
c.a. Dr. Curti Antonio  
PRESSO POLIAMBULATORIO  
ZOLA PREDOSA  
PIAZZA DI VITTORIO I

ALL'AZIENDA USL DI IMOLA

ALL'I.N.A.I.L. BOLOGNA

AI COMITATI CONSULTIVI ZONALI  
DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

**Oggetto: Pubblicazione turni specialistici ambulatoriali Azienda USL di Bologna – 4° trimestre 2009 -**

Si trasmette copia dell'avviso di pubblicazione dei turni vacanti, specialistici ambulatoriali, presso questa provincia, relativo al quarto trimestre 2009.

Distinti saluti.

La segreteria

Rita Parisi

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE**  
**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE MEDICI AMBULATORIALI**  
Via Montebello n. 6 - 40121 BOLOGNA  
Tel. 051/2869280 051/2869263 051 /2869272  
Fax 051/2869304

Prot N. 164710/18-09

Bologna, 11/12/09

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE TURNI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI VACANTI PRESSO I SERVIZI E I PRESIDIO AMBULATORIALI DELLE AZIENDE U.S.S.LL. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA AI SENSI ARTT. 22 e 23 A.C.N. 29.07.2009**

**4°TRIMESTRE 2009**

L'avente diritto all'attribuzione dei turni sarà individuato secondo l'ordine di priorità di cui al comma 1 art. 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) – provvedimento assunto dalla conferenza Stato Regioni nella seduta del 29.07.2009 – repertorio 95/CSR.

Si precisa che le domande pervenute da parte di medici specialisti inseriti in graduatoria saranno valutate sulla base del punteggio attribuito dalla graduatoria per la specialistica ambulatoriale valida per l'anno 2009.

In fase d'assegnazione saranno valutate le incompatibilità previste dall'art. 15 di cui all'A.C.N. del 29.07.2009 sopra richiamato.

Qualora lo specialista sia titolare di ore in altro ambito zonale dovrà allegare dichiarazione del Comitato da cui risulti la situazione degli incarichi e, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, circa l'eventuale svolgimento d'altra attività compatibile che dia luogo a limitazione oraria.

Qualora per l'attribuzione del turno sia previsto l'espletamento di una prova di verifica del possesso di particolari capacità professionali - previa valutazione in merito da parte della Commissione - tale prova non sarà espletata nel caso il candidato avente diritto sia titolare a tempo indeterminato o a tempo determinato e abbia già superato presso l'Azienda che ha pubblicato il turno prova analoga in un periodo indicativamente non superiore a tre anni.

Le domande degli aspiranti all'incarico debbono essere inviate a mezzo raccomandata al Comitato Consultivo Zonale (si allega fac-simile modulo di domanda)

L'avviso sarà affisso all'albo del Comitato Consultivo Zonale, ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 29.07.2009, dal 15 al 30 Dicembre 2009 -

**LE DOMANDE DEBBONO ESSERE SPEDITE ENTRO IL 10 GENNAIO 2010**

**AZIENDA USL DI BOLOGNA  
DISTRETTO PIANURA OVEST  
BRANCA: ODONTOIATRIA**

**Turno a tempo indeterminato di n. 16,00 ore settimanali di cui 6,00 ore dedicate ad attività protesica, da espletare presso il Polo Sanitario Barberini di Crevalcore, con la seguente articolazione oraria:**

- ✓ Lunedì dalle ore 8,30 alle ore 13,30
- ✓ Mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 14,00 (attività protesica)
- ✓ Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,30

**Il turno è da ritenersi indivisibile**

Si richiede allo specialista **competenze in materia di protesi fissa, protesi mobile e conservativa**

Tali competenze verranno valutate 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.

**DISTRETTO PIANURA OVEST  
BRANCA: CARDIOLOGIA**

**Turno a tempo indeterminato di n. 6,00 ore settimanali da espletare presso l'Ospedale di San Giovanni in Persiceto con la seguente articolazione oraria:**

- ✓ Mercoledì dalle ore 8,00 alle ore 14,00

**Il turno è da ritenersi indivisibile**

Si richiede allo specialista **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.

**DISTRETTO DI CASALECCHIO DI RENO  
BRANCA: CARDIOLOGIA**

**Turno a tempo indeterminato di n. 6,00 ore settimanali da espletare presso il Poliambulatorio di Casalecchio di Reno – Via Garibaldi 17 - con la seguente articolazione oraria:**

- ✓ Martedì dalle ore 14,30 alle ore 17,30
- ✓ Venerdì dalle ore 14,30 alle ore 17,30

**Il turno è da ritenersi indivisibile**

Si richiede allo specialista **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.

**DISTRETTO PORRETTA TERME**

**BRANCA: CARDIOLOGIA**

**Turno a tempo indeterminato di n. 14,30 ore settimanali da espletare con l'articolazione oraria e sedi di seguito riportati:**

- ✓ Lunedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 Poliambulatorio di Castiglione dei Pepoli
- ✓ Giovedì dalle ore 8,00 alle ore 14,00 Poliambulatorio di Vado
- ✓ Venerdì dalle ore 14,00 alle ore 18,30 Poliambulatorio di Castiglione dei Pepoli

**Il turno è da ritenersi indivisibile**

**IL PRESIDENTE**  
**(Dr. Stefano Damiani)**



Raccomandata A.R.

COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
AZIENDA USL DI BOLOGNA  
VIA MONTEBELLO 6  
40121 BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno di \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca  
di \_\_\_\_\_

presso il distretto di \_\_\_\_\_ pubblicato nel mese di \_\_\_\_\_  
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,

**dichiara**

di essere in possesso di specializzazione nella branca di \_\_\_\_\_  
conseguita il (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_  
on data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - presso l'Azienda USL di Bologna per complessive \_\_\_\_\_ ore settimanali.
  - presso altre Aziende Sanitarie o INAIL (allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL) dalla  
quale risulti la situazione degli incarichi.
- di essere sanitario avente diritto a concorrere all'assegnazione del turno disponibile in quanto nella  
posizione di: \_\_\_\_\_  
allega dichiarazione dalla quale risulti la propria posizione.
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ed inserito nella graduatoria vigente per la  
branca pubblicata in \_\_\_\_\_ posizione.
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e non inserito nella graduatoria vigente per la  
branca pubblicata.
- di essere titolare di incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 23 ACN 29.07.2009
  - comma 10
  - comma 11presso \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:**

**(cancellare la voce che non interessa)**

- di avere / non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di  
Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi
- di essere / non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato  
dall'Ordine.....  
In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:  
.....
- 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:

.....  
di essere nella seguente posizione:  
(cancellare la voce che non interessa)

- a) avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale
  - b) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato
  - c) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
  - d) 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
  - e) operare / non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N.  
(in caso affermativo, indicare l'Azienda.....)
  - f) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende  
(in caso affermativo indicare l'Azienda.....)
  - g) essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
  - h) 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. 502/82 e successive modificazioni e integrazioni
  - i) 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.Lvo n. 229/99
  - l) essere / non essere titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
  - m) percepire / non percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo  
(in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta.....  
e la misura dell'indennità percepita.....)
- di essere in situazioni di incompatibilità e, nel caso di assegnazione dall'incarico, di impegnarsi a rimuoverle come prescritto dal vigente ACN (specificare tipologia di incompatibilità):

\_\_\_\_\_ indica il seguente recapito per l'inoltro di comunicazioni relative alla presente domanda:

Cognome/nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, anche mediante l'inserimento di archivi cartacei o elettronici, per la valutazione della medesima e l'eventuale assegnazione dell'incarico.

.....Li.....  
luogo. Data (firma per esteso)

la presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.