

# Azienda ULSS n. 1 Dolomiti

PEC: [protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss1@pecveneto.it)

Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO

Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831

Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Prot. n. 16345 /D.A.T.

Belluno, 17 MARZO 2021

## AVVISO STRAORDINARIO

**PER L'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO I CENTRI DI SERVIZI UBICATI NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 1 DOLOMITI.**

IL PRESENTE AVVISO PUBBLICO É FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO CURANTE PRESSO I CENTRI DI SERVIZI UBICATI NEI DISTRETTI N. 1 DI BELLUNO E N. 2 DI FELTRE **PER LA DURATA DI 12 MESI, DECORRENTI DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

PER LA NORMATIVA DI SETTORE SI FA RIFERIMENTO ALLE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELLA **DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO N. 1231 DEL 14 AGOSTO 2018.**

IL MODULO DELLA DOMANDA É SCARICABILE DAL SITO INTERNET AZIENDALE AL SEGUENTE INDIRIZZO: <http://www.aulss1.veneto.it/> > **concorsi e avvisi > servizio convenzioni > avvisi – servizio convenzioni.**

I MEDICI INTERESSATI DOVRANNO FAR PERVENIRE LA DOMANDA COMPLETA IN OGNI SUA PARTE, NONCHE' LA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA', **ENTRO LE ORE 12,00 DI MARTEDI' 30 MARZO 2021,** CON LE SEGUENTI MODALITA' ALTERNATIVE:

- CONSEGNA A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE DELL'AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI, VIA FELTRE N. 57 – 32100 BELLUNO;
- SPEDIZIONE A MEZZO PEC AL SEGUENTE INDIRIZZO: [protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss1@pecveneto.it)
- SPEDIZIONE A MEZZO E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO: [michele.boreggio@aulss1.veneto.it](mailto:michele.boreggio@aulss1.veneto.it)

PER ULTERIORI INFORMAZIONI, GLI INTERESSATI POTRANNO RIVOLGERSI ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE, SEDE DI BELLUNO, N. TEL. 0437/516848;

**IL RESPONSABILE**  
**DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE**  
**- Dott. Gianluca ROMANO -**



Avviso pubblico **per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale** dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

**DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI A) E B) DELL'ELENCO AZIENDALE**

(Medici di assistenza primaria e Medici di continuità assistenziale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti)

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti di Belluno  
Uffici della D.A.T. di Belluno  
Via Feltre, n. 57  
32100 – Belluno (BL)

**Da trasmettere entro e non oltre il 30 marzo 2021 a mezzo e-mail al seguente indirizzo [michele.boreggio@aulss1.veneto.it](mailto:michele.boreggio@aulss1.veneto.it) oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).**

Facendo riferimento all'avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ il/la sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_:

- Medico di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;
- Medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti;

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

---

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di essere iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal \_\_\_\_\_ con nr. \_\_\_\_\_ assistiti e di esercitare/non esercitare in via esclusiva attività convenzionata di assistenza primaria a favore dei propri assistiti da almeno 3 anni;
- Di essere medico di assistenza primaria con incarico provvisorio presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- Di essere medico di continuità assistenziale presso l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti con incarico a tempo indeterminato/provisorio dal \_\_\_\_\_;

- Di essere incaricato per le attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura e luogo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
  - Geriatria
  - Medicina interna
  - Fisiatria
  - O altre attinenti al ruolo di medico curante\_\_\_\_\_

Chiede che eventuali comunicazioni inerenti l'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Data e luogo\_\_\_\_\_

Timbro e Firma\_\_\_\_\_

Avviso pubblico **per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale** dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti – Fac simile domanda.

**DA UTILIZZARE PER L'INSERIMENTO NELLE SEZIONI C), D) e E) DELL'ELENCO AZIENDALE**

All'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti di Belluno  
Uffici della D.A.T. di Belluno  
Via Feltre, n. 57  
32100 – Belluno (BL)

**Da trasmettere entro e non oltre il 30 marzo 2021 a mezzo e-mail al seguente indirizzo [michele.boreggio@aulss1.veneto.it](mailto:michele.boreggio@aulss1.veneto.it) oppure mediante consegna a mano, entro lo stesso termine, agli uffici della Direzione Amministrativa Territoriale di Belluno (via Feltre, n. 57).**

Facendo riferimento all'avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ il/la sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_:

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, con preferenza per la/le seguente/i struttura/e:

---

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di non essere incluso nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
  - Geriatria
  - Medicina Interna
  - Fisiatria
  - O altre attinenti al ruolo di medico curante: \_\_\_\_\_

- Di aver svolto/svolgere attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Di non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- Di non essere inserito nella graduatoria regionale, valevole per l'anno 2021, degli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di medicina generale;
- Di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:
  - Geriatria
  - Medicina Interna
  - Fisiatria
  - O altre attinenti al ruolo di medico curante: \_\_\_\_\_

Chiede che eventuali comunicazioni inerenti l'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_