

## FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

REGISTRO: Protocollo generale  
NUMERO: 0115524  
DATA: 15/12/2015  
OGGETTO: pubblicazione turni specialistica ambulatoriale quarto trimestre 2015.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Luca Barbieri

DATI DI FASCICOLAZIONE:

- [1015-3/2015] SPEC - Turni: individuazione e pubblicazione

CLASSIFICAZIONI:

- [18-09-02] Turni specialistica convenzionata

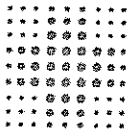
DOCUMENTI:

File	Hash
PG0115524_2015_Lettera_firmata:	EDC09E6251E0CEEE803C93D56AF367988307743018D1D17196974831EDD677F7
PG0115524_2015_Allegato1:	C4B0B2A932A7F607C9946A23DEC03534FB28322619446A6F83CC22517CDA9083
PG0115524_2015_Allegato2:	55E3085CB7C1F5EE2F745926E17518DAA3E150B4A09BA7AA2C4ED6D440C25208



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'Azienda USL di Bologna secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art 3 c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



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

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

UGC Cure Primarie e Specialistica Borgo Panigale - Reno  
Il Direttore  
Presidente del Comitato Consultivo Zonale  
ex art. 24 ACH del 23.03.2005

COMITATI ZONALI REGIONE EMILIA  
ROMAGNA

AZIENDA USL IMOLA

INAIL DI BOLOGNA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI REGIONE  
EMILIA ROMAGNA

ORDINE DEI MEDICI DI BOLOGNA

LORO SEDI

OGGETTO: pubblicazione turni specialistica ambulatoriale quarto trimestre 2015.

Si trasmette in allegato, ai sensi dell'art. 22 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici Specialisti Ambulatoriali del 23.03.2005 e s.m.i., copia del bando di pubblicazione dei turni specialistici ambulatoriali vacanti presso questo ambito zonale, relativo al quarto trimestre 2015.

Distinti saluti.

Allegati:

Bando quarto trimestre 2015

Modulo domanda partecipazione turni vacanti

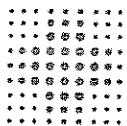
Firmato digitalmente da:

Luca Barbieri

Responsabile procedimento:  
Carlo Zerbini

Comitato Consultivo Zonale  
Via Sant'Isaia 94/A - 40123 Bologna  
Tel 051 6584667 Fax 051 6584400  
r.parisi@ausl.bologna.it

Azienda USL di Bologna  
Sede legale: via Castiglione, 29 - 40124 Bologna  
Tel +39 051.6225111 fax +39 051.6584923  
Codice fiscale e partita Iva 02406911202



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

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

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

Il Presidente

**OGGETTO: AVVISO DI PUBBLICAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI  
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, E PROFESSIONISTI PRESSO I  
SERVIZI ED I PRESIDI DELL' AZIENDA USL DI BOLOGNA  
E DELL'AZIENDA USL DI IMOLA.**

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

#### **4° TRIMESTRE 2015**

**AZIENDA USL BOLOGNA  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
BRANCA PEDIATRIA**

**Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 30,00 ore settimanali**

da svolgersi secondo la seguente articolazione oraria e sedi:

lunedì 8,30 - 13,30 / 14,00 - 17,00 Zola Predosa  
martedì 8,30 - 14,00 Bazzano  
mercoledì 8,30 - 14,30 Bazzano  
giovedì 8,30 - 14,00 Zola Predosa  
venerdì 8,30 - 13,30 Bazzano

**AZIENDA USL BOLOGNA  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
BRANCA IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA**

**Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 25,00 ore settimanali**

da svolgersi secondo la seguente articolazione oraria e sedi:

lunedì 8,30 - 14,00 Calderara di Reno  
martedì 8,30 - 14,00 San Pietro in Casale  
mercoledì 8,30 - 13,30 S. Agata Bolognese e San Pietro in Casale, a  
settimane alterne  
giovedì 8,30 - 13,30 San Giovanni in Persiceto  
venerdì 8,30 - 12,30 San Pietro in Casale

Allo specialista è richiesto il possesso di particolari capacità professionali nell'ambito della vaccinoprofilassi dei minori 0-5 anni.

Tali capacità saranno valutate dall'apposita Commissione di esperti, come previsto dall'art. 22 dell'A.C.N del 23.03.2005 e s.m.i.

Comitato Consultivo Zonale  
Via Sant'Isaia 94/A - 40123 Bologna  
Tel. +39.051.6584657 fax +39.051.6584400  
www.aust.bologna.it

Azienda USL di Bologna  
Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40134 Bologna  
Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923  
Codice fiscale e Partita Iva 02406911202

**AZIENDA USL BOLOGNA  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
BRANCA OSTETRICA E GINECOLOGIA**

**Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 25,00 ore settimanali**

da svolgersi presso le seguenti sedi dell'UOC Consultori Familiari:

Sasso Marconi, San Benedetto Val di Sambro, Castiglione dei Pepoli, Marzabotto, Vergato e Porretta Terme.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Allo specialista è richiesto il possesso di particolari capacità professionali che riguardano l'attività di colposcopia per la diagnosi e il trattamento delle patologie del tratto genitale inferiore.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione di esperti, come previsto dall'art. 22 dell'A.C.N del 23.03.2005 e s.m.i.

**AZIENDA USL BOLOGNA  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
BRANCA OTORINOLARINGOIATRIA**

**Turno a tempo indeterminato indivisibile di n. 19,00 ore settimanali**

da svolgersi

nell'ambito delle seguenti Unità Operative:

Cure Primarie e Specialistica Pianura Est

Cure Primarie e Specialistica San Lazzaro di Savena

Cure Primarie e Specialistica Porretta Terme

Le sedi e l'articolazione oraria saranno definite al momento del conferimento dell'incarico.

**AZIENDA USL IMOLA  
PROFESSIONISTA PSICOLOGO  
AREA PROFESSIONALE PSICOLOGIA**

**Turno a tempo indeterminato indivisibile di 17,00 ore settimanali**

da svolgersi presso la sede centrale dell'U.O.C. Dipendenze Patologiche - Ospedale Vecchio - Via Amendola, 8 - Imola con la seguente articolazione oraria:

lunedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30

martedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30

mercoledì dalle ore 8,30 alle ore 12,30

venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,30

In considerazione della particolare attività da svolgere, riferita all'ambito delle dipendenze patologiche, si richiedono al professionista specifiche competenze ed esperienze documentate in ognuno dei seguenti ambiti:

- L'accoglienza, la valutazione diagnostica e il trattamento ambulatoriale delle dipendenze patologiche da sostanze e delle dipendenze patologiche da comportamenti (gioco d'azzardo);
- Il trattamento delle dipendenze nell'ambito delle strutture residenziali e/o semiresidenziali;
- L'accoglienza, la valutazione diagnostica e il trattamento di giovani consumatori di sostanze ("Nuove droghe");
- Le tecniche della terapia sistemica;
- La progettazione e la realizzazione di attività di prevenzione (primaria) delle dipendenze, rivolte alla popolazione generale;
- La progettazione e la realizzazione di attività di prevenzione (secondaria) delle dipendenze, rivolte alla popolazione a rischio;
- La ricerca psicosociale nell'ambito dei comportamenti a rischio in adolescenza;
- L'analisi statistico-psicometrica dei dati per le esigenze dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche;
- La gestione della qualità e i percorsi di Accreditamento istituzionale dei servizi per le dipendenze patologiche;
- La formazione in materia di dipendenze di operatori del settore socio-sanitario.

La scelta dello specialista avverrà pertanto sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità professionali richieste, attraverso la valutazione da parte di apposita commissione di esperti del settore così come previsto dall'art. 22 comma 4 dell'A.C.N. in vigore.

La documentazione a sostegno delle particolari capacità richieste dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

---

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 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 2016** (art. 23, comma 10);
- non iscritti nelle **graduatorie valevoli per il 2016** (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, Azienda USL di .Bologna, Via Sant'Isaia 94/A 40123 Bologna - Tel. 051/6584657- 051/6584658 - Fax 051/6584400, **esclusivamente**

**dall' 1 al 10 GENNAIO 2016**

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.

**Non saranno accolte le domande spedite prima o dopo la data sopraindicata.**

Si allega fac-simile di dichiarazione di disponibilità.

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

Raccomandata A.R.

Marca da bollo €  16,00
-------------------------------

AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA  
c/o Azienda USL di BOLOGNA  
Via Sant'Isaia 94/a  
40123 BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella  
branca

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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),

## DICHIARA

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 \_\_\_\_\_

*(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 (si allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero auto dichiarazione 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 medico specialista pediatra di libera scelta
- di essere medico di assistenza primaria
- di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
- di essere medico della medicina dei servizi
- di essere medico della continuità assistenziale
- di essere medico dipendente di struttura pubblica presso \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_;



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 a ..... il .....

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. 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) di svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;
- f) di essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- g) di 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) di 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) di svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (in caso affermativo indicare l'Azienda: \_\_\_\_\_)
- j) di 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) di 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) di 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
- m) di 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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- n) di 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 / di non essere medico dipendente collocato in quiescenza ( in caso affermativo precisare l'Ente che eroga il trattamento di quiescenza):

\_\_\_\_\_

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

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_