



---

**Struttura Complessa Risorse Umane**

Direttore *ad interim*: D.ssa Maria Teresa Aletti

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE INCARICO DI MEDICO SPECIALISTA  
AMBULATORIALE – MESE DI GIUGNO 2017**

(Ai sensi dell'art. 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale disciplinante i rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali,  
Veterinari ed altre Professionalità sanitarie)

Questa Amministrazione con deliberazione n. 544 del 9/6/2017 ha disposto la pubblicazione di avviso per incarico di

**MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE NELLA BRANCA DI ALLERGOLOGIA A  
TEMPO DETERMINATO**

**TERMINE ULTIMO PER L'INOLTRO DELLE DOMANDE: 10.7.2017**

Si segnala che, a pena di esclusione, il primo giorno utile per la presentazione delle domande sarà l'1.7.2017 e l'ultimo il 10.7.2017 alle ore 12,00.

Incarico a tempo determinato, della durata di 12 mesi, presso l'ASST della Valle Olona di n. 12 ore settimanali da effettuarsi presso il Presidio di Busto Arsizio.

L'articolazione dell'orario di servizio settimanale verrà concordata con il Direttore della Struttura, in relazione alle esigenze organizzative della sede di assegnazione.

I candidati devono essere in possesso di comprovata esperienza nella gestione dei pazienti nella macro attività ambulatoriale.

Per l'assegnazione del predetto incarico l'Azienda intende avvalersi della facoltà di cui all'art. 18, comma 5, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti 17.12.2015 e, pertanto, procederà alla valutazione delle candidature a mezzo della Commissione Tecnica, nominata dall'Azienda, composta da tre specialisti della medesima branca, designati dal Comitato Zonale.

Gli aspiranti, in possesso dei requisiti richiesti dal vigente A.C.N., devono dichiarare dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione, a questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale la propria disponibilità a ricoprire il suindicato incarico.

Le dichiarazioni di disponibilità formulate secondo lo schema allegato, dovranno pervenire unitamente all'autocertificazione informativa alla Struttura Complessa Risorse Umane di questa ASST con una delle seguenti modalità:

- a mezzo del servizio postale tramite raccomandata con avviso di ricevimento: in tal caso farà fede la data di spedizione, comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante; saranno comunque ritenute valide le domande pervenute entro e non oltre la data del 16.7.2017, alle ore 12,00.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - [www.asst-settelaghi.it](http://www.asst-settelaghi.it) - P.Iva e C.F. 03510050127  
Struttura Complessa Risorse Umane c/o Ospedale di Circolo Fondazione Macchi - Viale Borri 57- 21100 Varese  
tel. 0332 278911-912-913 -058 fax 0332 278643  
e-mail: [ufficio.giuridico@asst-settelaghi.it](mailto:ufficio.giuridico@asst-settelaghi.it)  
pec: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

- L'Azienda non risponderà di eventuali ritardi o disguidi postali;
- mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it).

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopra riportato.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le dichiarazioni di disponibilità inviate ad altra casella di posta elettronica, diversa da quella indicata, non verranno prese in considerazione.

Nella PEC di trasmissione della dichiarazione di disponibilità l'oggetto dovrà chiaramente indicare l'incarico da ricoprire, nonché nome e cognome del candidato.

La data, l'ora e la sede dello svolgimento del colloquio saranno pubblicate sul sito internet di questa ASST (<http://www.asst-settelaghi.it>), nella sezione "Comitato Consultivo Zonale".

La comunicazione che verrà pubblicata sul sito internet avrà valore di notifica a tutti gli effetti senza necessità di ulteriori comunicazioni.

Il presente avviso rimarrà pubblicato nel periodo dal 15.6.2017 al 30.6.2017 sul sito web aziendale (<http://www.asst-settelaghi.it>), nella sezione "Comitato Consultivo Zonale".

L'Amministrazione si riserva il diritto di prorogare, sospendere, modificare o annullare il presente avviso, nel rispetto delle norme di legge, per motivi aziendali o di interesse pubblico.

ASST dei Sette Laghi

ASST DEI SETTE LAGHI



Protocollo nr. 0033491  
del 15/06/2017

Al Direttore Generale  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi  
Viale Borri n. 57  
21100 VARESE (VA)

**OGGETTO:** Dichiarazione di disponibilità per incarico a tempo determinato per medico specialista  
ambulatoriale –  
**BRANCA DI ALLERGOLOGIA**

Scadenza **10.7.2017**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa .....  
nato/a a .....il .....residente a .....  
in via .....n. ....recapiti telefonici.....  
indirizzo e-mail ..... indirizzo PEC.....

A) Medico Specialista TITOLARE dell'incarico a TEMPO DETERMINATO

presso \_\_\_\_\_ a  
decorrere dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ per n. ore settimanali \_\_\_\_\_  
nella branca di \_\_\_\_\_

B) PRESENTE/NON PRESENTE (1) nella Graduatoria della specialistica ambulatoriale (2)

**DICHIARA**

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico a tempo determinato per medico specialista  
ambulatoriale nella

**BRANCA DI ALLERGOLOGIA**

Dichiara di svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Si allegano: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Gli interessati, **non inseriti nella graduatoria della specialistica ambulatoriale ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. 17.12.2015** devono allegare alla domanda l'autocertificazione informativa (Allegato A).

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R., per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

### DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;  
 di essere (per i cittadini italiani appartenenti ad uno stato della CEE) cittadino/a dello stato di \_\_\_\_\_;  
 di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno stato membro, che è titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;  
 cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria";
- di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in \_\_\_\_\_ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ conseguito/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:  
in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

6.  di essere in possesso di comprovata esperienza nella gestione dei pazienti nella macro attività ambulatoriale maturata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

7. di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca principale o area professionale, come **sostituto, incarico provvisorio o a tempo determinato/indeterminato** (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi):

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	n. ore	dal	al	tipologia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

8. di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

9. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

10. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a n. 38 ore settimanali;

11. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

12. di essere/non essere (1) 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

13. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

14. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

15. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

16. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

17. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

18. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

19. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

20. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

21. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

22. di essere /non essere (1) 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

23. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

24. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

25. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata: \_\_\_\_\_;

26. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

27. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_).

#### NOTE (3)

---

---

---

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni eventuale comunicazione relativa al presente procedimento venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera la ASST Sette Laghi da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

Autenticazione di sottoscrizione omessa ai sensi dell' art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 (allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste