

Prot. 991
Adria, 07/05/2021

Allegato al Decreto del Segretario Direttore n. 254 del 04/05/2021.

Avviso per la formazione di un elenco di medici disponibili ad assumere l'incarico di Medico Curante nella struttura del Centro Servizi Anziani di Adria.

E' indetto avviso per la formazione di un elenco di medici disponibili ad assumere l'incarico di Medico Curante degli ospiti non autosufficienti presenti nella struttura residenziale per anziani del CSA di Adria, con riferimento a quanto previsto dalla DGR 1231 del 14.08.2018.

L'incarico di medico curante prevede l'assistenza medica agli anziani residenti della struttura, assicurando l'assistenza secondo lo standard minimo di 22 ore settimanali ogni 60 ospiti assistiti, da ripartire su 5 giorni, dal lunedì al venerdì, nel range orario dalle 8,00 alle 11,30 e dalle 14,30 alle 18,30, riservando 2 ore per il sabato mattina, in conformità al criterio generale stabilito con DGR 1336 del 16.08.2017. Nell'arco delle 22 ore è incluso un tempo dedicato al colloquio con i familiari degli ospiti assistiti.

I medici interessati potranno far pervenire la propria disponibilità compilando il modulo allegato al presente avviso, inviando la comunicazione, debitamente sottoscritta, a mezzo **pec** all'indirizzo csaadria.segreteria-protocollo@pec.it.

L'avviso rimane aperto ed avrà **scadenza annuale 31 maggio 2022**.

I medici che presentano domanda verranno inseriti in un elenco, dal quale verranno chiamati in ordine cronologico di presentazione della domanda stessa.

Alla dichiarazione di disponibilità devono essere allegati:

- Titolo di studio (laurea in medicina);
- Iscrizione albo professionale;
- Copia del documento di identità in corso di validità.

L'Ente si riserva la possibilità di controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese, con l'applicazione, in caso di falsa dichiarazione, delle sanzioni – anche di ordine penale – di cui al DPR 445/200 art. 76, nonché della decadenza di inserimento nell'elenco di medici e di assegnazione degli incarichi conseguenti.

TRATTAMENTO DEI DATI

Nella dichiarazione di disponibilità agli incarichi in oggetto il medico dovrà dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016, allegata al presente avviso, nonché di esprimere il proprio consenso al trattamento degli stessi ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Per quanto non previsto nel presente avviso si rinvia alle vigenti disposizioni in materia, ed in particolare alla DGR 1231 del 14/08/2018.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al Responsabile del servizio socio assistenziale dell'Ente: tel. 3755201726.

Il presente avviso viene pubblicato sul sito istituzionale www.csaadria.it.

*Il Direttore
f.to Dott.ssa Paola Spinello*

Spett.le
Centro Servizi Anziani di Adria

pec: csaadria.segreteria-protocollo@pec.it

OGGETTO: Richiesta inserimento nell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nella struttura del Centro Servizi Anziani di Adria

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____, via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

E mail _____

Pec _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nella struttura del CSA di Adria.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445.

DICHIARA

di svolgere attualmente attività quale medico di: _____

Presso: _____

di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____

e di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale dei medici Chirurghi e Odontoiatri di _____,

al n° _____

di avere le seguenti ulteriori attività/incarichi che possano rilevare ai fini dell'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse in relazione all'incarico da conferire, ovvero altre situazioni che l'Ente sia tenuto a valutare ai fini del conferimento dell'incarico (es: condanne penali, procedimenti disciplinari, revoca del rapporto convenzionale, ecc.): _____

Il/La sottoscritto/a si impegna infine, in caso di conferimento dell'incarico, a fornire copia della polizza assicurativa, adeguata all'incarico di medico curante, che verrà allegata al contratto quale parte integrante dello stesso.

Dichiara infine:

di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Luogo, data _____

Firma (per esteso) _____

Allega:

- Titolo di studio (laurea in medicina);
- Iscrizione albo professionale;
- Copia del documento di identità in corso di validità.