Azienda Unità Sanitaria Locale n° 7
Carbonia

Deliberazione 677 *del* 23 GEN. 2001

Oggetto: Conferimento incarico nel servizio di continuità assistenziale a tempo determinato presso la sede di Teulada Dr. Floris Giuseppina

IL DIRETTORE GENERALE

Acquisita la formale e regolare proposta del Responsabile Servizio Medicina di Base

Atteso che la sede di continuità assistenziale di Teulada risulta carente di un medico per 24 ore settimanali

Considerato che devesi garantire l'erogazione delle prestazioni all'utenza

Sentito il parere del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario

D E L I B E R A

- ratificare il conferimento, al Dr. Floris Giuseppina, dell'incarico a tempo determinato per n. 24 ore settimanali nel servizio di continuità assistenziale presso la sede di Teulada, per un periodo massimo di tre mesi, dal 01.01.2001 al 31.03.2001
- imputare la spesa presunta pari a £. 10.000.000 sul conto cod. 440100003 del vigente piano dei conti aziendali.

Il Direttore Generale
Dr. Emilio Simeone

DIRAMM/SIMOLA

DIRSAN/STERI

IL RESP.LE DELSERVIZIO

IL FUNZIONARIO O L'IMPIEGATO ADDETTO

Azienda Unità Sanitaria Locale n°. 7 - Carbonia

Si attesta che la deliberazione risulta affissa all'albo aziendale, presso la sede legale dell'Azienda, per dieci giorni, a decorrere dal 23 GEN. 2001 fino al - 1 FEB. 2001

Il Responsabile
Affari Generali
Dr.ssa Cannas

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L N°7 CARBONIA
Servizio Medicina di Base e Specialistica
IGLESIAS

AL SIG. DIRETTORE SANITARIO
SEDE

Oggetto: Proposta di deliberazione di conferimento incarico a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale - Dr. Floris Giuseppina

Rilevato *che presso la sede di Teulada risultano vacanti n. 24 ore settimanali nel servizio di continuità assistenziale*

Rilevato *che si rende urgente e indispensabile procedere alla nomina di un medico a tempo determinato ai sensi dell'art. 55 DPR 270 del 28.07.2000*

Vista *la graduatoria regionale valevole per l'anno 1999*

Considerato *che il Dr. Floris Giuseppina iscritto al 824° posto della succitata graduatoria ha titolo all'assegnazione dell'incarico a tempo determinato per un periodo massimo di mesi tre dal 01.01.2001 al 31.03.2001*

Acquisita *l'accettazione dell'incarico e la relativa dichiarazione di non incompatibilità*

Si propone di ratificare il conferimento dell'incarico attribuito al Dr. Floris Giuseppina per un periodo di mesi tre.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Dr.ssa Luisa Casu

*domiciliato in Cagliari Via Corelli 25
Tel. 070486931 - 0348702399 4

Il sottoscritto FLORIS GIUSEPPINA nato a CAGLIARI

il 03-09-57 residente in CAGLIARI in Via* SERUCI 6

laureato il 22-03-94 iscritto all'albo della Provinacia di

CAGLIARI il 24-05-94 con il N. _____

Codice Fiscale FLRGPP57P43B354I

Codice Regionale 03299 POSIZIONE GRADUATORIA N. 824

Codice ENPAM _____

DICHIARA :

- di accettare l'incarico di Medico a Tempo determinato nel Servizio di continuità assistenziale di Codesta A.S.L dal 01-01-2001 presso il punto di TEULADA
- di accettare eventuale trasferimento c/o altra sede vacante in caso di rientro o nomina del titolare
- di rinunciare al suddetto incarico, previo preavviso di almeno un mese
- di non usufruire di Borsa di Studio
- di far uso di proprio automezzo per l'espletamento del suddetto Servizio
- di svolgere esclusivamente attività di Guardia Medica e di non aver altro tipo di rapporto di dipendenza o convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale o con altra istituzione pubblica o privata
- di non usufruire a qualsiasi titolo di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita
- chiede inoltre che le relative competenze vengano accreditate sul C/C N. 11837-00 ABI 02008 CAB 04801 della Banca CREDITO ITALIANO AG. 1 del Comune di CAGLIARI V. COCCO ORTU

Giuseppina Floris

Iglesias, 12-12-00

Allegato L.
(artt.7 -20 e 49)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. Floris Giuseppina
nato a Cagliari il 03-09-57 residente in
Cagliari Via/~~Piazza~~ Serrai n° 6
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di
Cagliari ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15
dichiara formalmente di

1) ~~essere~~ - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. _____ con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. _____ con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) ~~essere~~/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) ~~essere~~/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni.
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) ~~essere~~/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) ~~operare~~/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) ~~operare~~/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43, delle legge 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) ~~svolgere~~/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) ~~avere~~/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

14) ~~essere~~/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:
_____
_____

15) ~~fruire~~/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

16) ~~svolgere~~/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna):
_____
_____
Periodo: dal _____

17) ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2):
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) ~~operare~~/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) ~~essere~~/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)
_____
_____
Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):
soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo: dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data 12-12-00 Firma [illegible]

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"