

Deliberazione 758

del - 6 FEB. 2001

Oggetto: Conferimento incarico nel servizio di continuità assistenziale a tempo determinato presso la sede di S. ANTIOCO Dr. MASCIA ANNA ROSA

### IL DIRETTORE GENERALE

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

**Atteso** che la sede di continuità assistenziale di S. ANTIOCO 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

### DELIBERA

- ratificare il conferimento, al Dr. MASCIA ANNA ROSA, dell'incarico a tempo determinato per n. 24 ore settimanali nel servizio di continuità assistenziale presso la sede di S. ANTIOCO per un periodo massimo di tre mesi, dal 01.02.2000 AL 30.04.2000
- imputare la spesa presunta pari a £. 10.000.000 sul conto cod. 440100003 del vigente piano dei conti aziendali.

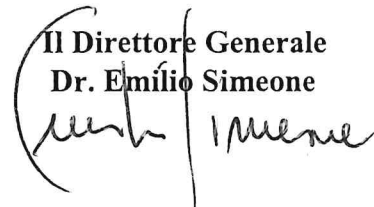
DIRAMM/SIMOLA 

DIRSAN/STERI 

IL RESP.LE DELSERVIZIO  


IL FUNZIONARIO O L'IMPIEGATO ADDETTO  


Il Direttore Generale  
Dr. Emilio Simeone

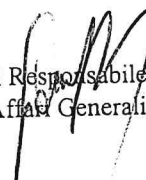


Si attesta che la deliberazione risulta affissa all'albo aziendale, presso la sede legale dell'Azienda,  
per dieci giorni, a decorrere dal - 6 FEB. 2001 fino al 15 FEB. 2001

Il Responsabile del procedimento

Carta  


Il Responsabile  
Affari Generali



**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. MASCIA ANNA ROSA*

*Rilevato che presso la sede di S. ANTIOCO 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. MASCIA ANNA ROSA iscritto al 1851 posto della succitata graduatoria ha titolo all'assegnazione dell'incarico a tempo determinato per un periodo massimo di mesi tre dal 01.02.2000 AL 30.04.2000*

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

*Si propone di ratificare il conferimento dell'incarico attribuito al Dr. MASCIA ANNA ROSA per un periodo di mesi tre.*

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

**Dr.ssa Luisa Casu**



Il sottoscritto MASUÀ ANNA ROSA nato a Cagliari  
il 6/09/1966 residente in Cagliari in Via Zogolnie 42  
laureato il 2/11/1983 iscritto all'albo della Provincia di  
Cagliari il 28/12/1983 con il N. 6777

Codice Fiscale MSCNRS 66P26 B354P

Codice Regionale 03817

Codice ENPAM 300192251x

DICHIARA :

- di accettare l'incarico di Medico a Tempo determinato nel Servizio di continuità assistenziale di Codesta A.S.L dal 1/08/2001 presso il punto di S. ANTONIO
- di accettare eventuale trasferimento c/o altra sede vacante in caso di rientro o nomina del titolare
- 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. 413105 ABI 01015 CAB 04806 della Banca BANCA DI SARDEGNA del Comune di CAGLIARI

Anna Rosa

Iglesias, 18/01/2001

Tel: 070/403599 0330/995022 (Manifò)  
0349/4999328 070/670612 (Madre)

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

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. MASCIÀ ANNA ROSA  
nato a CAGLIARI il 6/9/1966 residente in  
CAGLIARI Via/Piazza ZAGABRIA n° 12  
iscritto all'Albo dei Medici CHIRURGHI E ODONTOIATRI della Provincia di  
CAGLIARI ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15  
dichiara formalmente di

1) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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 reperimento mensile del mese di  
\_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

3) ~~non~~ 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) ~~non~~ non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambula-  
toriale convenzionato interno: (2)  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

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

7) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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 succes-  
sive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

10) ~~non~~ 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, della legge 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ 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) ~~non~~ non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) ~~che~~ 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 12/01/2009 Firma A. Rosaloni

(1) - cancellare la parte che non interessa

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