

Deliberazione 764

del - 6 FEB. 2001

Oggetto: Conferimento incarico nel servizio di continuità assistenziale a tempo determinato presso la sede di S. ANNA ARRESI Dr. ERBY ILIO

IL DIRETTORE GENERALE

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

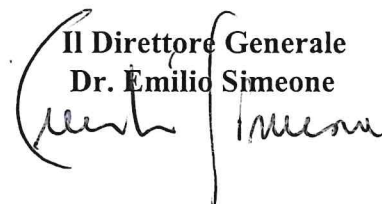
Atteso che la sede di continuità assistenziale di S. ANNA ARRESI risulta carente di un medico per 24 ore settimanali

Considerato che deve essere garantita l'erogazione delle prestazioni all'utenza

Sentito il parere del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario

DELIBERA

- ratificare il conferimento, al Dr. ERBY ILIO, dell'incarico a tempo determinato per n. 24 ore settimanali nel servizio di continuità assistenziale presso la sede di S. ANNA ARRESI 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.

Il Direttore Generale
Dr. Emilio Simeone


DIRAMM/SIMOLA 

DIRSAN/STERI 

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO


IL FUNZIONARIO O L'IMPIEGATO ADDETTO


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. ERBY ILIO

Rilevato che presso la sede di S. ANNA ARRESI 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. ERBY ILIO iscritto al 1747 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. ERBY ILIO per un periodo di mesi tre.

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Dr.ssa Luisa Casu**

Il sottoscritto ERBY ILIO nato a CAGLIARI
il 12/05/1952 ^(domiciliato) residente in MONSERRATO in Via CASTEL DORIA N. 6
laureato il 04/11/1993 iscritto all'albo della Provincia di
CAGLIARI il 28/02/1993 con il N. 6752
Codice Fiscale RBY LII 52 E 12 B 3.54 T
Codice Regionale 0315.5
Codice ENPAM 300 192176 L

DICHIARA :

- di accettare l'incarico di Medico a Tempo determinato nel Servizio di continuità assistenziale di Codesta A.S.L dal 01/02/2001 presso il punto di S. ANNA ARRESI
- 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. 050006 ABI 3104 CAB 04803 della Banca DEUTSCHE BANK del Comune di CAGLIARI



Iglesias, 18-01-2001

Tel. 070 - 580198
0347 - 9049440

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

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. ERBY ILIO
nato a CAGLIARI il 12-05-1952 residente in
CAGLIARI Via Fiume LEPANTO n° 87
iscritto all'Albo dei MEICI & 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 repilogo 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) ~~avere~~ 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, della 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 18-01-2001 Firma 

(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"