



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O. Amministrativa DCP

Il Direttore

OGGETTO: AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO DI CUI ALL'ART. 18 DELL'A.C.N. DEL 17.12.2015 PRESSO L' AZIENDA USL DI BOLOGNA, L'AZIENDA USL DI IMOLA E I.N.A.I.L.

(art. 19 e 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015 - repertorio n. 227/CSR)

4° TRIMESTRE 2017 – MESE DI DICEMBRE 2017

**AZIENDA USL BOLOGNA
BRANCA PEDIATRIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 30,00 ore settimanali, da svolgere per l'U.O. Pediatria Territoriale, con la seguente articolazione oraria e sedi:

- lunedì 8,15 – 13,15 Poliambulatorio Tiarini
- martedì 8,15 – 14,15 Casa della Salute Borgo - Reno
- mercoledì 8,15 – 13,15 Casa della Salute Borgo - Reno
- giovedì 8,15, - 13,15 / 14,00 – 18,00 Casa della Salute Borgo - Reno
- venerdì 8,15 – 13,15 Casa della Salute Borgo - Reno

Per l'assegnazione dell'incarico sono richieste le seguenti particolari capacità professionali:

- counselling in campo vaccinale, assistenza minori ad alta complessità assistenziale, competenze relative alla stesura del Piano assistenziale Individuale, capacità di intervento in caso di emergenze post vaccinali.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

**AZIENDA USL BOLOGNA
BRANCA ODONTOIATRIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 15,00 ore settimanali, da svolgere presso:

- 5,00 ore Poliambulatorio Mengoli
- 5,00 ore Ospedale Bellaria
- 5,00 ore Ospedale Maggiore

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Per l'assegnazione dell'incarico, sono richieste particolari capacità professionali nell'ambito della conservativa pediatrica – pedodonzia.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

**AZIENDA USL BOLOGNA
BRANCA OCULISTICA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 12,00 ore settimanali, da svolgere presso L' U.O. Cure Primarie e Specialistica Appennino Bolognese nelle seguenti sedi:

- 4,00 ore Poliambulatorio di Vado
- 8,00 ore Poliambulatorio di Castigliane dei Pepoli

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

**AZIENDA USL BOLOGNA
BRANCA DERMATOLOGIA**

Incarico a tempo indeterminato, indivisibile, di n 21,00 ore settimanali, da svolgere presso l' U.O. Cure Primarie e Specialistica Appennino Bolognese e Reno – Lavino – Samoggia, nelle seguenti sedi:

- 6,00 ore presso il Poliambulatorio di Bazzano
- 7,00 ore presso la Casa della salute di Casalecchio di Reno
- 4,00 ore presso la Casa della Salute di Sasso Marconi
- 4,00 ore presso il Poliambulatorio di Vado

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

**AZIENDA USL BOLOGNA
PROFESSIONISTA PSICOLOGO- AREA PSICOLOGIA**

Progetto a tempo determinato, indivisibile, della durata di un anno, di n. 27,00 ore settimanali, finalizzato al supporto delle attività collegate all'Adozione ed all'Affidamento familiare.

L'attività è da svolgere presso l'UO Consultori Familiari e precisamente:

12,00 ore per la sede di San Lazzaro di Savena

15,00 ore per la sede di Bologna

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Si richiede flessibilità oraria che comprenda qualche pomeriggio e/o qualche sabato per consentire la realizzazione di attività di promozione, formazione grupppale rivolto alle persone che si candidano all'adozione/affidamento.

Per l'assegnazione dell'incarico sono richieste capacità professionali sulla valutazione, sostegno individuale e grupppale, alle famiglie adottive ed affidatarie, con competenze anche nei confronti dei bambini con disturbi dell'attaccamento e/o con problemi connessi all'istituzionalizzazione precoce.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

**AZIENDA USL BOLOGNA
BRANCA GERIATRIA**

Progetto a tempo determinato, indivisibile, della durata di un anno, di n 32,00 ore settimanali.

Tale incarico, da svolgere presso le UU. OO. Cure Primarie e Specialistica Pianura Est, Pianura Ovest e San Lazzaro di Savena, è finalizzato alla riduzione delle liste di attesa, presso i Centri disturbi cognitivi, delle visite di valutazione multidimensionale.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Per tale incarico sono previste le seguenti attività:

- Ambulatoriale nei CDCD (centri disturbi cognitivi distrettuali);
- Valutazione multidimensionale in équipe per pazienti ricoverati in ospedale, CRA, nei CDC e a domicilio;
- Visite domiciliari a supporto del MMG per pazienti affetti da disturbi cognitivi e comportamentali;
- Consultazioni telefoniche per MMG, medici CRA, etc.;
- Partecipazione agli incontri di coordinamento con i referenti dei CDCD della AUSL di Bologna;
- Collaborazione e integrazione con i servizi sociali competenti territorialmente;

Per l'assegnazione dell'incarico sono richieste le seguenti particolari capacità professionali:

- Competenze cliniche (visita per disturbi cognitivi e test cognitivi di primo livello) relative alla diagnosi, presa in carico e trattamento dei pazienti dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD) della Azienda USL di Bologna (U.O. Cure Primarie Pianura Est, Pianura Ovest e San Lazzaro di Savena);
- Competenze di valutazione geriatrica multidimensionale nelle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) complesse del territorio della Azienda USL di Bologna;
- Conoscenza della rete dei servizi e delle risorse del territorio per i pazienti affetti da demenza;
- Conoscenza degli strumenti di valutazione multidimensionale ed esperienza pratica di lavoro in équipe;
- Approccio clinico e relazionale al paziente fragile e complesso e al suo caregiver / famiglia.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

**AZIENDA USL IMOLA
BRANCA OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Incarico a **tempo indeterminato**, indivisibile, di n. 12,00 ore settimanali da svolgersi presso l'Azienda U.S.L. di Imola.

Le sedi di svolgimento dell'attività saranno Imola (Consultorio e/o Ospedale Civile), Castel San Pietro, Medicina.

Le giornate, l'articolazione oraria e le sedi saranno definite al momento dell'assegnazione dell'incarico, in ragione delle esigenze aziendali e della disponibilità delle sedi.

Per l'assegnazione dell'incarico sono richieste specifiche competenze professionali nell'esecuzione di ecografie ostetriche del II trimestre della gravidanza.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegato il curriculum.

Si precisa che la documentazione che si intende produrre dovrà essere consegnata contestualmente alla domanda e comunque non oltre il termine di scadenza previsto dal bando di pubblicazione.

**I.N.A.I.L. BOLOGNA
BRANCA ORTOPEDIA**

N. 3 incarichi a **tempo indeterminato**:

Incarico 1

Incarico di n. 5,00 ore settimanali, indivisibile, da svolgere presso la Sede INAIL di Casalecchio di Reno, Via Isonzo 14.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Incarico 2

Incarico di n. 15,00 ore settimanali, indivisibile, da svolgere presso la Sede INAIL di Bologna, Via Milazzo 10.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Incarico 3

Incarico di n. 10,00 ore settimanali, indivisibile, da svolgere presso la Sede INAIL di Imola, Viale A. Costa, 74.

L'articolazione oraria sarà definita al momento del conferimento dell'incarico.

Per l'assegnazione di tutti e tre gli incarichi sono richieste particolari capacità professionali nell'ambito clinico con risvolti medico legali.

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

I.N.A.I.L.

VIGORSO DI BUDRIO (BOLOGNA)

BRANCA FISIOCINESITERAPIA

N. 2 incarichi a tempo indeterminato indivisibili di n. 19,00 ore settimanali ciascuno da svolgersi presso il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio

Incarico A

L'articolazione oraria, da ritenersi non flessibile, è la seguente:

- lunedì 8,00 – 12,00
- martedì 8,00 – 12,00
- mercoledì 16,00 – 20,00
- giovedì 9,00 – 12,00
- venerdì 8,00 – 12,00

Incarico B

L'articolazione oraria, da ritenersi non flessibile, è la seguente:

- lunedì 14,00 – 18,00
- martedì 8,00 – 12,00
- mercoledì 8,00 – 12,00
- giovedì 8,00 – 12,00
- venerdì 9,00 - 12,00

Per l'assegnazione di entrambi gli incarichi sono richieste le seguenti particolari capacità professionali:

- capacità di redigere progetti protesico riabilitativi personalizzati per pazienti con postumi di amputazioni di arto superiore ed inferiore a vari livelli, capacità di monitorare i percorsi riabilitativi anche di pazienti affetti da mielolesioni sia con ausili per la mobilità che con tutori.
- Abilità nella gestione di pazienti infortunati sul lavoro che necessitano di cure riabilitative in regime di inabilità temporanea. Capacità di seguire i pazienti durante le valutazioni baropodometriche o nei laboratori di analisi del movimento.
- Attestato di BLS-D o comunque capacità di attivarsi nelle emergenze cliniche ed utilizzare il defibrillatore (la struttura dispone al momento di 75 posti letto);

Tali competenze saranno valutate dall'apposita Commissione tecnica aziendale, come previsto dall'art. 18, comma 5, dell'A.C.N del 17.12.2015.

Per entrambi gli incarichi costituiranno titolo preferenziale al fine della valutazione delle capacità professionali: documentate precedenti esperienze come Fisiatra nell'INAIL,

Gli incarichi saranno assegnati secondo i criteri e le procedure stabiliti dall'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015, di cui all'art. 19 per gli incarichi pubblicati a tempo indeterminato e all'art. 20 per gli incarichi pubblicati a tempo determinato.

Per gli specialisti/professionisti non titolari di incarico e per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato sarà utilizzata la graduatoria in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda.

In fase di assegnazione dell'incarico verranno valutate le incompatibilità previste dall'art. 25, comma uno, dalla lettera a) alla lettera l) dell'Accordo sopra citato.

In caso di previsione di espletamento di prova di verifica del possesso di particolari capacità professionali, la data ed il luogo di svolgimento della prova saranno comunicati con un preavviso di almeno 15 giorni.

Le domande, **in bollo**, devono essere inviate **esclusivamente**

DAL 1 al 10 GENNAIO 2018

tramite Raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

- Azienda USL di Bologna, U.O. Amministrativa Dipartimento Cure Primarie, Via Sant'Isaia 94/A, 40123 Bologna;

oppure tramite pec al seguente indirizzo:

- dipartimento.cureprimarie@pec.ausl.bologna.it

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale successivo. Per le domande inviate con raccomandata fa fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante.

Non saranno accolte le domande spedite prima o dopo la data sopraindicata.

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

**Marca da bollo
€ 16,00**

**ALL'U.O. AMMINISTRATIVA
DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA S. ISAIA 94/A
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ c.a.p. _____
Telefono n. _____ pec _____
e-mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del seguente incarico:

- Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____

- Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____

- Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____

PUBBLICAZIONE QUARTO TRIMESTRE 2017 - DICEMBRE 2017

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere specialista ambulatoriale interno titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) _____ / _____ / _____
 - presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. _____ ore a decorrere dal _____ c/o la Sede _____
 - di essere specialista ambulatoriale interno titolare di incarico a tempo determinato (ai sensi dell'art. 20 dell'A.C.N. del 17.12.2015) nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____
 - di essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale interna nella branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____
 - di non essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale nella branca pubblicata
 - di essere medico specialista pediatra di libera scelta
 - di essere medico di assistenza primaria
 - di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
 - di essere medico della medicina dei servizi
 - di essere medico della continuità assistenziale
 - di essere medico dipendente di struttura pubblica
- presso _____
con anzianità di servizio dal _____

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE
(specificare) _____

di fruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di **impegnarsi**, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;

di **essere informato**, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

e si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- (3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
PROFESSIONISTI PSICOLOGI AMBULATORIALI**

Marca da bollo
€ 16,00

ALL'U.O. AMMINISTRATIVA
DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
AZIENDA USL DI BOLOGNA
VIA S. ISAIA 94/A
40123 BOLOGNA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ c.a.p. _____
Telefono n. _____ pec _____
e-mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del seguente incarico:

**AZIENDA USL DI BOLOGNA
PROFESSIONISTA PSICOLOGO - AREA PSICOLOGIA**

Progetto a tempo determinato, indivisibile, della durata di un anno, di n. 27,00 ore settimanali

PUBBLICAZIONE QUARTO TRIMESTRE 2017 - DICEMBRE 2017

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Psicologia conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
2. di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi di _____;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

- di essere professionista psicologo titolare a tempo indeterminato con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____
- presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
 - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. _____ ore a decorrere dal _____ c/o la Sede _____
- di essere professionista psicologo titolare di incarico a tempo determinato (ai sensi dell'art. 20 ACN del 17.12.2015) presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di essere professionista psicologo ambulatoriale inserito nella graduatoria provinciale vigente per i Professionisti Psicologi ambulatoriali - Area Psicologia - alla posizione n. _____ con punti _____
- di non essere inserito nella graduatoria provinciale vigente per i Professionisti Psicologi ambulatoriali - Area Psicologia
- di essere psicologo dipendente di struttura pubblica presso _____ con anzianità di servizio dal _____

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE (specificare) _____

di fruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

e si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 **la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**