

AZIENDA U.S.L. DI IMOLA
Distretto
Viale Amendola, 2
40026 Imola (BO)

In riferimento alla Vostra nota del _____ avente ad oggetto: “Richiesta di disponibilità a prestare l’assistenza medico generica agli anziani non autosufficienti stabilmente ospitati nella Casa Residenza Anziani di Medicina”, il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,

medico di assistenza primaria convenzionato/medico di continuità assistenziale dichiara di essere disponibile ad assumere l’incarico di assistere n. 48 anziani non autosufficienti ricoprenti posti accreditati convenzionati della Casa Residenza Anziani di Medicina per un impegno di 10,00 ore settimanali con la possibilità di incrementare fino a 12 ore in relazione all’assistenza agli ospiti occupanti posti non convenzionati, che viene conferito per la durata triennale, in base ai compiti e alle funzioni indicate nell’accordo attuativo regionale dell’ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1398 del 09/10/2006, nell’allegato 1 della deliberazione della Giunta Regionale n. 1378/1999 “Direttiva per l’integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani on autosufficienti assistiti nei Servizi integrati socio-sanitari di cui all’art. 20 della L.R. 5/94” e nell’allegato D.2.3 della Delibera di Giunta Regionale n. 514/2009.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli (barrare la voce che interessa):

- attestato di formazione specifica in medicina generale*
conseguito il _____
presso la Regione _____
- specializzazione di geriatria*
conseguita il _____
presso l’Università di _____
- specializzazione in medicina interna*
conseguita il _____
presso l’Università di _____
- altre specializzazioni (indicare quali):* _____
conseguita _____
presso l’Università di _____

Data, _____

Firma