

Prot. n. 18175/2020Verona, 3 FEB. 2020**Medicina Generale - Assistenza Primaria****Avviso urgente per il conferimento di
un incarico provvisorio presso il Distretto n. 3
(c/o Oppeano) a decorrere da 1.3.2020**

(scadenza presentazione domande: 08.02.2020)

Nelle more dell'espletamento delle procedure di assegnazione degli incarichi per gli ambiti territoriali carenti anno 2020, è indetto avviso urgente per il conferimento dei seguenti **incarichi provvisori di Medico Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria** (massimale di scelte acquisibili pari a 1500 unità, oltre alle deroghe previste dalla vigente normativa), con **decorrenza dalla data più sotto indicata** e fino alla data di inserimento del medico avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, secondo le modalità previste dall'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – intesa del 23.3.2005 e s.m.i., da inserire nel seguente ambito territorial3:

- **"DIS 3 AMMG 2" (Isola Rizza, Oppeano, San Pietro di Morubio) con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di Oppeano, con decorrenza 1.3.2020;** il medico sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del medico di assistenza primaria Dott. S.P.C. che cesserà il 29.2.2020, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito;

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i **medici, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2019** (non essendo ancora stata approvata e pubblicata la graduatoria definitiva anno 2020). Si precisa sin d'ora che il medico titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, assistenza primaria, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, con scadenza prevista dello stesso successivamente al 29.2.2020, risulta incompatibile con gli incarichi in oggetto (in caso di recesso da parte del medico si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dal rispettivo ACN).

I medici interessati dovranno far pervenire la **domanda di partecipazione**, redatta utilizzando esclusivamente il modulo allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte e provvista di **marca da bollo** secondo le vigenti disposizioni in materia (€ 16,00) e corredata di **copia di un valido documento di identità, entro il 08.02.2020**, mediante una delle seguenti modalità:

• consegna diretta presso una delle seguenti sedi dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera:

1. Via Valverde, 42 – Verona;
2. Via Carlo Alberto Dalla Chiesa (s.n.c.) – Bussolengo (VR);
3. Via Gianella, 1 – Legnago (VR);

• spedizione a mezzo pec all'indirizzo: **protocollo.aulss9@pecveneto.it**

Al fine di consentire un celere svolgimento del procedimento, si chiede altresì al medico di inviare copia (scansionata) della domanda inviata/presentata come più sopra indicato anche all'indirizzo di posta elettronica: convenzioni@aulss9.veneto.it.

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico resosi disponibile.

Ciascun incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente.

In assenza di domande da parte dei medici inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione, nell'ordine, le domande di:

- **medici**, pur non inseriti nella graduatoria regionale del Veneto, **in possesso** dei requisiti previsti per accedervi (**diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente**, ex D.Lgs. n. 368/99, cioè abilitati entro il 31.12.1994), con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale in oggetto, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- medici di cui alla norma finale n. 5 (**medici abilitati dopo il 31.12.1994**), con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale in oggetto, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

Non saranno accolte le domande dei medici che hanno subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale in base alle procedure di cui all'art. 30 e ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ovvero ACN di altro settore convenzionale, nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda (quadriennio precedente nei casi di cui all'art. 19, c. 4).

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – intesa 23.3.2005 e s.m.i. (www.sisac.info) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia, se ed in quanto applicabili.

L'Azienda si riserva la facoltà di sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, ovvero di non procedere al conferimento di uno o più incarichi, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Nella domanda di partecipazione il medico dovrà dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegato al presente avviso, nonché di esprimere il proprio consenso al trattamento degli stessi ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Per eventuali chiarimenti di carattere amministrativo gli interessati potranno rivolgersi all'UOS Medicina Convenzionata (Rag. Maurizio Marchetto, tel. 0442-622661; Dott. Simonetta Bressanin, tel. 0442-622381).

Al fine di darne la massima diffusione, il presente avviso viene pubblicato all'Albo online – avvisi per selezioni pubbliche e nella sezione Concorsi e Avvisi del sito internet aziendale (www.aulss9.veneto.it).

Il Direttore Generale
(Dott. Pietro Girardi)



**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE****U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli****INFORMATIVA**

per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirLe informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, con sede a Verona (cap.: 37122) – Via Valverde n. 42.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, all'Azienda ULSS 9 Scaligera – U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): protocollo.aulss9@pecveneto.it.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

Il Responsabile della protezione dei dati personali dell'Azienda ULSS 9 Scaligera con i relativi recapiti è indicato nel sito web dell'Azienda medesima al seguente link: https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=334

4. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli adempimenti previsti per legge (procedure selettive) finalizzati all'acquisizione di personale medico convenzionato, ed in particolare alla procedura selettiva per il conferimento di un incarico provvisorio di medico di medicina generale addetto all'assistenza primaria da 1.3.2020 presso il Distretto n. 3.

6. Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con l'Azienda ULSS 9 Scaligera.

7. Trasferimento dei dati personali ai Paesi extra UE

I Suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

8. Periodo di conservazione

I Suoi dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito della presente procedura selettiva.

9. I Suoi diritti

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali
- di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- di opporsi al trattamento dei propri dati personali
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

10. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione alla presente procedura selettiva.

Applicare qui la
marca da bollo
secondo le vigenti disposizioni in
materia
(€ 16,00)

ALL'AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA
VIA VALVERDE, 42
37122 – VERONA
(A.C.A. UOS Medicina Convenzionata)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI
DI ASSISTENZA PRIMARIA DA 1.3.2020 PRESSO IL DISTRETTO N. 3 AMBITO TERRITORIALE 2 (c/o
OPPEANO). AVVISO N. _____ DI PROT. DEL _____.

__I_ sottoscritt_ Dr. _____
tel/cell _____ PEC _____
E-mail _____

PRESENTA

domanda di partecipazione all'avviso per il conferimento dell'incarico in oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi
degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una "X" le caselle interessate]

1) di essere nat_ a _____ il _____ e residente
a _____ Circ. n° _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____;

2) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi
di _____ in data _____ con voto ____/____ (per i titoli conseguiti nei
Paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della
Salute: _____) e abilitat_ all'esercizio professionale il _____ a
_____;

3) di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ e che
non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

4) di ☐ essere ☐ non essere inserit_ nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Veneto
valida per l'anno 2019 (specificare il punteggio _____);

5) di ☐ essere ☐ non essere residente nell'ambito territoriale per il quale presenta domanda _____;

6) di ☐ essere ☐ non essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso
affermativo specificare: soggetto pubblico che lo ha svolto, sede del corso e data conseguimento
_____); 1/4

7) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo
specificare: soggetto pubblico che lo svolge, sede del corso e anno di iscrizione _____);

8) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola, sede e
anno di iscrizione _____);

9) di ☐ avere ☐ non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli art. 30, c. 7, lett. c) e art. 19, c. 2 - ACN Medicina Generale, ovvero di altro incarico convenzionale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale _____);

10) di ☐ essere ☐ non essere 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:

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____ al _____

11) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

12) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte; periodo: dal _____;

13) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

14) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____;

15) di ☐ avere ☐ non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

16) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Veneto o in altra regione: Regione _____

Azienda _____ ore sett. _____

☐ in forma attiva ☐ in forma di disponibilità

17) di ☐ operare ☐ non operare 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____ ore sett. _____ 2/4

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____ al _____

18) di ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____ al _____

19) di ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della D.Lgs. 626/93 e s.m.i.: Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____ al _____

20) di ☐ svolgere ☐ non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda ULSS di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____ al _____

21) di ☐ avere ☐ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: _____

Periodo: dal _____

22) di ☐ essere ☐ non essere 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:

23) di ☐ fruire ☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

24) di ☐ svolgere ☐ non svolgere 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 _____ al _____

25) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____ al _____ 3/4

26) di ☐ operare ☐ non operare 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 negli altri punti relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____ al _____

27) di ☐ essere ☐ non essere titolare di trattamento di pensione a carico di (se ENPAM specificare anche se "delle sole prestazioni della quota A del fondo di previdenza generale dell'ENPAM" o anche di altre prestazioni):

Periodo: dal _____

28) di ☐ fruire ☐ non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 23: soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

29) di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

30) esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti;

NOTE:

I sottoscritt accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS 9 Scaligera, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico di assistenza primaria attribuito da codesta Azienda ULSS.

Da compilare solo in caso di invio della domanda a mezzo PEC:

I sottoscritt dichiara altresì:

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione: _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di un documento d'identità in corso di validità.

data _____

firma _____ (*)

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore..