

Prot. n. 1808526Verona, 6-8 NOV. 2019**Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta****Avviso riservato ai Medici Pediatri
inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2019****(scadenza presentazione domande: 18.11.2019)**

È indetto avviso urgente per il conferimento dei seguenti **incarichi provvisori di Medico Pediatra di libera scelta**, con **decorrenza dalle date più sotto indicate** e fino alla data di inserimento del pediatra avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, secondo le modalità previste dall'art. 37 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta – intesa del 15.12.2005 e s.m.i., da inserire nei seguenti ambiti territoriali:

- **“DIS 1 APLS 1”** (Comuni di Bosco Chiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Lavagno, Roverè Veronese, San Martino Buon Albergo, Velo Veronese, Verona: circoscrizioni 6-7-8) del Distretto n. 1, **con vincolo di apertura ambulatorio nella circoscrizione n. 7 del Comune di Verona, con decorrenza 1.1.2020**; il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra di libera scelta Dott. F.B., che cesserà il 31.12.2019, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito;
- **“DIS 1 APLS 2”** (Comune di Verona: circoscrizioni 1-2-3) del Distretto n. 1, **con vincolo di apertura ambulatorio nella circoscrizione n. 3 del Comune di Verona, con decorrenza 9.1.2020**; il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra di libera scelta Dott. F.D.V., che cesserà l'8.1.2020, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito;
- **“DIS 2 APLS 3”** (Comuni di Buttapietra, Castel d'Azzano, San Giovanni Lupatoto, Verona: circoscrizioni 4-5) del Distretto n. 2, **con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di San Giovanni Lupatoto (VR), con decorrenza 1.1.2020**; il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra di libera scelta Dott. C.C., che cesserà il 31.12.2019, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito;
- **“DIS 4 APLS 4”** (Comuni di Negrar di Valpolicella, Sant'Anna d'Alfaedo) del Distretto n. 4, **con vincolo di apertura ambulatorio nel Comune di Negrar di Valpolicella (VR), con decorrenza 1.1.2020**; il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra di libera scelta Dott. M.B., che cesserà il 31.12.2019, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito;

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici pediatri, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2019. **Si precisa sin d'ora che il pediatra titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, con scadenza dello stesso prevista successivamente alla data di decorrenza dei rispettivi incarichi succitati risulta incompatibile con i rispettivi incarichi in oggetto** (in caso di recesso da parte del medico

pediatra si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dall'ACN che regola l'incarico in corso).

I medici pediatri 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 18.11.2019, 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 pediatra 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 pediatra resosi disponibile.

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

In assenza di domande da parte dei medici pediatri inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria, non inseriti in detta graduatoria (che saranno ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e, infine, la minore età, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato nella domanda).

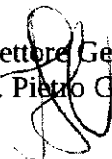
Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta – intesa 15.12.2005 e s.m.i. (www.sisac.info) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.S. Medicina Convenzionata e P. A. e C. (Dott. Paolo Barbieri, tel. 045/6712435; convenzioni@aulss9.veneto.it).

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)



REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

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 fornire le 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

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha designato quale Responsabile della protezione dei dati l'avv. Piergiorgio Cervato, dello Studio Legale Cervato Law & Business, con sede a Padova, Via Niccolò Tommaseo n. 78/C.

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 finalizzati all'acquisizione di personale convenzionato, ed in particolare alla procedura selettiva per il conferimento di n. 3 incarichi provvisori di medico pediatra di libera scelta presso i Distretti n. 1-2-4 dal 1.1.2020 e dal 9.1.2020.

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 N. 4 INCARICHI
PROVVISORI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO I DISTRETTI N. 1-2-4 DA 1.1.2020 E DA
9.1.2020. AVVISO N. _____ DI PROT. DEL _____.

I sottoscritt Dr. _____
tel/cell _____ PEC _____
E-mail _____

PRESENTA

domanda di partecipazione all'avviso per il conferimento dei seguenti incarichi:

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

- ☐ **A) DIS 1 APLS 1** (Verona – Circ. 7) ☐ **B) DIS 1 APLS 2** (Verona – Circ. 3)
☐ **C) DIS 2 APLS 3** (San Giovanni Lup.) ☐ **D) DIS 4 APLS 4** (Negrar di Valpolicella)

in caso di più disponibilità, indicare l'ordine di preferenza (specificare, es. A, B, ...) _____

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 in possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (specificare la disciplina) _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;

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

5) di ☐ essere ☐ non essere inserit_ nella graduatoria definitiva della pediatria di libera scelta della Regione Veneto valida per il corrente anno (specificare la posizione _____ e il punteggio _____); 1/4

6) di ☐ essere ☐ non essere residente nell'ambito territoriale per il quale presenta domanda: in caso affermativo specificare ambito territoriale _____;

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

8) 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 _____

9) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come medico di medicina generale 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 _____;

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____;

12) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella 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

13) di ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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 _____

14) 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 _____ 2/4

Periodo: dal _____ al _____

15) 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 _____

16) 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 _____

17) di ☐ fruire ☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

18) di ☐ svolgere ☐ non svolgere altra attività 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 _____

19) 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 _____

20) 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 _____

21) di ☐ fruire ☐ non fruire di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogante il trattamento adeguamento _____

Periodo dal _____

22) 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;

23) 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_ dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- a) comunicare all'Azienda ULSS 9 Scaligera, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- b) far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico pediatra di libera scelta 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..