

*UOC/Servizio Professionisti in Convenzione*

Prot. 195195

Verona, 15.12.2017

OGGETTO:AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 15 Dicembre 2017 (IV TRIMESTRE 2017) – ART. 19, COMMA 1, ACN 17.12.2015.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: MERCOLEDI' 10 GENNAIO 2018

Sono pubblicati all'albo pretorio on line dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, ai sensi degli artt. 18 e 19 del vigente A.C.N. – Intesa del 17.12.2015, i turni disponibili sotto indicati.

Specialisti ambulatoriali interni.

Branca: CARDIOLOGIA

Distretto n. 1, sede di Via del Capitel e Distretto n. 2, sede di San Giovanni Lupatoto - **ore settimanali 20,00.**

Incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN, non frazionabile, con orario settimanale da concordare.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Cardiologia e di particolari capacità professionali per l'effettuazione di prestazioni di ecocolordoppler grafia cardiaca, lettura ECG Dinamico delle 24 ore e monitoraggio sulle 24 ore della pressione cardiaca.

Branca: DERMATOLOGIA: Incarico per complessive 10,00 ore settimanali così suddivise:

Distretto n. 1, sede di Via Poloni, - **ore settimanali 4,00**, il lunedì dalle ore 14,00 alle ore 18,00;

Distretto n. 3, Punto Sanità di Bovolone – **ore settimanali 6,00**, il lunedì e mercoledì con orario da concordare.

Incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Dermatologia.

E' stata esperita la procedura preventiva prevista dall'art. 18, comma 1, del vigente ACN.

Branca: NEUROLOGIA

Distretto n. 4, sede dell'Ospedale di Villafranca, - **ore settimanali 6,00.**

Incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN, con orario settimanale da concordare.



Incarico non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Neurologia.

E' stata esperita la procedura preventiva prevista dall'art. 18, comma 1, del vigente ACN.

Branca: ORTOPEDIA

Distretto n. 4, sede dell'Ospedale di Villafranca, - ore settimanali 16,00.

Incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN, con orario settimanale da concordare.

Incarico non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Ortopedia.

E' stata esperita la procedura preventiva prevista dall'art. 18, comma 1, del vigente ACN.

Branca: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Distretto n. 4, sede dei poliambulatori di Villafranca, - ore settimanali 11,00.

Incarico a tempo determinato, ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN, con orario settimanale da concordare, per 12 mesi, in considerazione della vacanza del turno a seguito della pubblicazione per l'assegnazione a tempo indeterminato.

Incarico non frazionabile.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Neuropsichiatria Infantile e delle seguenti particolari competenze professionali:

competenze nella diagnosi e trattamento dei disturbi del comportamento e della personalità in età adolescenziale e dei disturbi dell'apprendimento.

Medici Veterinari – AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati.

1 incarico a tempo determinato per 12 mesi ai sensi dell'art. 20 ACN, in considerazione del possibile cambiamento della normativa di settore, tenuto conto che l'ultimo Regolamento emanato dalla Comunità Europea (Reg. CE 2017/625 del 15/5/2017) cita in modo specifico "organismi delegati" cui affidare i controlli ufficiali che finora sono sempre stati eseguiti dal servizio pubblico in qualità di autorità competente.

Turno di **24 ore settimanali** con turnistica diurna, notturna, festiva e notturna festiva, da precisare successivamente in considerazione della notevole variabilità dell'attività ispettiva richiesta dalla Ditta, e da svolgersi nella seguente struttura:

- macello di ungulati domestici presso "Vicentini Carni S.p.A.", Via Palazzina 510 – 37056 Engazzà di Salizzole (VR);



Incarico non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN.

E' richiesto il possesso della specializzazione in AREA B e delle seguenti particolari capacità professionali: documentata esperienza di ispezione in macelli industriali con particolare attenzione a:

- benessere animale nel trasporto: essere in grado di valutare se vengono rispettate le norme previste dal Reg. (CE) 1/2005 ovvero che il trasporto degli animali al macello non li esponga a lesioni o a sofferenze inutili e assicurando condizioni conformi alle loro esigenze di benessere;
- benessere animale nella macellazione: essere in grado di valutare di quanto previsto dalla normativa sulla protezione degli animali durante l'abbattimento Reg. (CE) n. 1099/2009 con particolare riguardo alla valutazione dell'efficacia dello stordimento;
- capacità di espletare autonomamente la visita ante mortem e la visita post mortem e di rilevare e registrare le eventuali lesioni, secondo quanto previsto dal Reg. (CE) 854/2004;
- valutazione delle procedure di autocontrollo poste in essere dal macello;
- comprovata esperienza nella gestione e verifica della spedizione dei sottoprodotti.

I costi riferiti ai sopramenzionati incarichi di medicina veterinaria vengono rimborsati dall'Azienda interessata ai sensi del D. Lgs. 194/2008 e smi.

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Branca: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Ore settimanali 20,00.

Incarico a tempo determinato, ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN, con orario settimanale da concordare, dal 01.01.2018 al 31.12.2018.

Gli oneri ed i costi relativi al suddetto incarico sono a carico dello specifico finanziamento regionale quale Progetto del Piano Regionale Prevenzione 2014 – 2018. L'incarico viene attivato per le attività del Programma Regionale "Canale Verde" presso l'UOC Immunologia dell'Ospedale di Borgo Roma dell'AOUI di Verona.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di Neuropsichiatria Infantile e delle seguenti particolari capacità professionali: esperienza almeno triennale in attività di

- gestione delle vaccinazioni in soggetti a rischio di eventi avversi neurologici post vaccinici;
- vaccino vigilanza e valutazione del nesso di causalità tra vaccinazioni e patologie neurologiche;
- diagnosi di patologie neurologiche immuno-mediate post vacciniche;
- gestione e analisi di banche dati di eventi avversi a vaccinazioni.

L'incarico potrà essere ricoperto a seguito dell'erogazione del finanziamento specifico regionale.

*** **



Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità all'Azienda ULSS 9 Scaligera dal 1° al 10° giorno del mese di OTTOBRE 2017, utilizzando il modello di domanda riportato in allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso a mezzo di:

- **lettera raccomandata A.R.** (farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante) al seguente indirizzo: Azienda ULSS 9 Scaligera - Servizio Professionisti in Convenzione, via Valverde, 42 – 37122 VERONA
ovvero
- **PEC all'indirizzo: protocollo.aulss9@pecveneto.it**

allegando fotocopia di un valido documento di identità e apponendo sulla domanda marca da bollo da € 16,00.

Nel caso di invio a mezzo PEC compilare anche l'allegato A alla domanda seguendone le istruzioni.

I requisiti prescritti - per i quali si rinvia alle disposizioni di cui al vigente A.C.N. - devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dall'avviso per la presentazione delle domande.

Per gli incarichi a tempo indeterminato è necessario il possesso di una delle condizioni indicate all'art. 19, comma 2, del vigente ACN, che consentono l'inserimento nell'ordine di priorità.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

I candidati potranno eventualmente essere sottoposti a specifico colloquio e/o prova teorico-pratica al fine di verificare il possesso delle specifiche capacità professionali richieste.

Si ricorda che a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi.

Le Amministrazioni Pubbliche sono comunque tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui ai succitati articoli 46 e 47 nonché tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle Pubbliche Amministrazioni, previa indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

In base a quanto previsto dall'art. 29, comma 3, dell'Allegato A alla DGRV n. 1831 del 14.11.2017, nei casi in cui venga richiesta la dimostrazione del possesso di particolari capacità professionali la Commissione Tecnica Aziendale potrà dichiarare l'idoneità o meno dei candidati sulla base unicamente di titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS pubblici e IZS.

I titoli accademici conseguiti presso soggetti privati possono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. 445/2000. Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva.

Le dichiarazioni sostitutive verranno redatte dal candidato mediante la compilazione del modello di domanda allegato.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

Il presente avviso viene pubblicato nel sito dell'Azienda ULSS 9 Scaligera:
www.aulss9.veneto.it – Albo on line – Avvisi per selezioni pubbliche.

Per ogni eventuale informazione si prega di rivolgersi a: dott.ssa Cristina Menorello (tel. 045/807 5804) - oppure all'indirizzo e-mail: cmenorello@aulss9.veneto.it

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Pietro Girardi

COPIA:

Direzione Generale

Direzione Sanitaria

Direzione Amministrativa

Direzione dei Servizi Sociali



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

All'Azienda Ulss 9 Scaligera
sede del Comitato Consultivo Zonale di Verona
c/o U.O. C. Servizio Professionisti in
Convenzione - Via Valverde, 42
37122 – VERONA
PEC: protocollo.aulss9@pecveneto.it

Il sottoscritto Dr. _____
nato il _____ a _____ (prov. _____),
residente a _____ CAP _____ (prov. _____)
via _____, n. _____
tel. _____ cell. _____,
e-mail _____
PEC (obbligatoria) _____
C.F. _____

comunica la propria disponibilità per la copertura del turno vacante di n. _____ ore sett.li

☐ nella branca di _____ a tempo indeterminato

☐ nella branca di _____ a tempo determinato

☐ Area B (per la medicina veterinaria) a tempo determinato

(barrare la casella corrispondente e compilare)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e
successive modifiche e integrazioni

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445, in caso



di dichiarazioni non veritiere:

- 1) di essere cittadino (specificare) _____;
- 2) di essere in possesso di laurea in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
- 3) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri presso l'Ordine di _____ al n. _____ dal _____;
o di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Veterinari presso l'Ordine di _____ al n. _____ dal _____;
- 4) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
- 5) **di essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste per il turno in quanto (indicare l'attività svolta, precisando azienda o ente, la tipologia del rapporto di lavoro, la data inizio e fine rapporto, e ogni ulteriore elemento utile ad attestare il possesso delle particolari capacità professionali richieste nell'avviso) per le quali allega curriculum e documentazione comprovante le stesse:**

- 6) di non avere riportato provvedimenti disciplinari



ovvero di avere riportato i seguenti provvedimenti disciplinari (specificare):

e di non avere procedimenti disciplinari in corso

ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso (specificare):

7) di non fruire del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

8) di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

9) di dichiarare la disponibilità alla rimozione di eventuali situazioni di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso.

DICHIARA ALTRESI'

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, *nell'ambito zonale di Verona*, attività ambulatoriale nella specialità regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015, presso:

ULSS/ASL n. _____ di _____ per n. _____ ore
sett.li dal _____;

ULSS/ASL n. _____ di _____ per n. _____ ore
sett.li dal _____;

ULSS/ASL n. _____ di _____ per n. _____
ore sett.li _____ dal _____;

Azienda Ospedaliera di _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

INAIL/SASN di _____ - sede provinciale di Verona per n. _____ ore sett.li
dal _____;



b) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 in *diverso ambito zonale della Regione Veneto o di altra Regione confinante*:

ULSS/ASL n. _____ di _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

Azienda Ospedaliera di _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

INAIL/SASN di _____ - sede provinciale di _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato *in ambito zonale di Regione non confinante* che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

ULSS n. _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

Azienda Ospedaliera di _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

INAIL/SASN di _____ - sede provinciale di _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

d) di essere titolare di incarichi nelle seguenti branche _____ e _____, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 e di richiedere di concentrare in una sola branca (_____) il numero complessivo di ore d'incarico;

e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 e di chiedere il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale di Verona, con svolgimento della seguente altra attività compatibile (specificare)



- _____, e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26, comma 1, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015;
- g) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____ (specificare indirizzo e contatti)
- _____;
- h) di essere iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 in vigore per il 2017 nella provincia di Verona (con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato) al numero: _____;
- i) di essere titolare dell'incarico di:
- medico di medicina generale presso _____
dal _____
 - medico specialista pediatra di libera scelta presso _____
dal _____
 - medico dipendente di struttura pubblica presso _____
dal _____
- in possesso della specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;
- l) di avere conseguito il numero di crediti ECM previsto dalla normativa vigente;
- m) (solo per gli incarichi di medicina veterinaria)
- di essere specialista non iscritto in graduatoria che chiede di partecipare alla procedura di conferimento di **incarico a tempo determinato** ai sensi dell'art. 20, comma 3, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015, con esercizio della seguente attuale attività professionale: _____;
- n) altre eventuali informazioni
- _____
- _____

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

o) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente procedura ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data

Firma

ALLEGA: Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.

**Allegato A**

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____, nato a _____, il ____/____/____, indirizzo pec: _____ in riferimento alla domanda di partecipazione per l'assegnazione dei turni di medicina specialistica ambulatoriale interna prot. _____ del _____,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

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;

Data _____

Firma per esteso e leggibile

**INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:**

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola (*ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972, si precisa infatti che l'annullamento delle marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...) E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza"*);
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in formato pdf **come unico file** nominandolo come segue: cognome-nome.pdf (es. rossimario.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativo personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: protocollo.aulss9@pecveneto.it; l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4;
- 6) La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.