

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli

Responsabile: Dott. Rossana Mori

Prot. 102573

Verona, 14.06.2018

OGGETTO:AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 15 Giugno 2018 (II TRIMESTRE 2018) – ARTT. 19 E 20 ACN 17.12.2015.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: MARTEDI' 10 LUGLIO 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: PSICHIATRIA:

Unità Operativa Sanità Penitenziaria - Casa Circondariale di Montorio (VR) – **12,00 ore settimanali** - con orario da concordare, in particolare per attività relative alla sezione di Osservazione Psichiatrica.

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 Psichiatria.

Branca: FISIOCHINESITERAPIA:

Distretto n. 4, sede del Presidio Ospedaliero di Malcesine – **20,00 ore settimanali** – con orario da concordare.

Incarico a tempo determinato, ai sensi dell'art. 20 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.

In particolare, si precisa che è prevista la collaborazione con il personale dipendente che segue l'attività della degenza e l'ambulatorio ospedaliero.

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

Branca: FISIOCHINESITERAPIA:

Distretto n. 4, sede del Presidio Ospedaliero di Villafranca – **20,00 ore settimanali** – 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, nell'ambito dell'età evolutiva, 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 Fisiokinesiterapia e delle seguenti particolari capacità professionali:

-necessariamente con documentata esperienza di attività fisiatrica presso UO di Riabilitazione dedicata alle gravi disabilità congenite ed acquisite neuromotorie nell'età evolutiva per almeno 6 mesi,

- eventualmente anche con altre esperienze nella Medicina Riabilitativa e/o con ogni altro titolo inerente all'attività sopra indicata presentate nell'interesse del candidato.

Branca: DERMATOLOGIA:

Distretto n. 3 sedi di Legnago/Bovolone – **4,00 ore settimanali** – nella giornata del venerdì 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.

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

3 incarichi 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.

Turni ciascuno 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 prevalentemente nelle seguenti strutture:

- 2 incarichi presso il macello avicolo presso "Agricola Tre Valli CE IT 04M", Via Veronesi 1 – Nogarole Rocca (VR);
- 1 incarico presso il macello per ungulati domestici "Lanza srl", Viale Europa 9 - Negrar (VR)

L'attività potrà essere svolta anche in altre strutture di macellazione del territorio.

Incarichi non frazionabili 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.

Si precisa che il conferimento dei suddetti 3 incarichi è subordinato all'ottenimento della prescritta autorizzazione regionale.

*** **

Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità all'Azienda ULSS 9 Scaligera **dal 1° al 10° giorno del mese di LUGLIO 2018, 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 Medicina Convenzionata e privati Accreditati e Controlli, 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.

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.

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 della Azienda ULSS 9 Scaligera:
www.aulss9.veneto.it – sezione “Concorsi e Avvisi”.

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

D'ordine del DIRETTORE GENERALE
Dr. Pietro Girardi
Il Responsabile UOS Medicina Convenzionata
e Privati Accreditati e Controlli
Dott.ssa Rossana Mori



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.S. Servizio Medicina Convenzionata e
Privati Accreditati e Controlli - 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 Fisiochinesiterapia 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 ed eventuale altra 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 2018 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 a tempo determinato)

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 e degli adempimenti conseguenti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Regolamento europeo n. 679/2016.

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 _____,

DICHIARA

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

**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

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 (procedure selettive) finalizzati all'acquisizione di personale convenzionato, ed in particolare alla seguente procedura selettiva:

"Avviso di pubblicazione dei turni disponibili di medicina specialistica ambulatoriale interna presso l'ambito zonale di Verona – 15 giugno 2018 (II trimestre 2018) – art. 19, comma 1, ACN 17.12.2015".

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 lavoro 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.