

Prot. n. 122038/19Verona, 23 LUG. 2019**Medicina Generale – Continuità Assistenziale****AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
DI MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE****Presentazione delle domande:**

- **entro il 13 settembre 2019:** per l'inserimento negli elenchi per gli incarichi da conferire con decorrenza **2020** (eventuali domande pervenute dopo il termine sopraindicato saranno tenute in considerazione nel corso dell'anno 2020, secondo le modalità specificate nel presente avviso).

Ai sensi del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale reso esecutivo mediante intesa della Conferenza Stato-Regioni 23.03.2005 e s.m.i., dell'Accordo Regionale per la medicina convenzionata, recepito con D.G.R.V. 30.12.2005, n. 4395 e s.m.i. – è indetto

AVVISO

per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori), di 24 ore settimanali, di medico di continuità assistenziale (C.A., ex Guardia Medica) presso le sedi di C.A. dei Distretti aziendali e, se espressamente richiesto nella domanda, presso la Casa Circondariale di Verona (Sanità Penitenziaria).

Il relativo elenco aziendale dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione sarà redatto ai sensi dell'art. 70 del succitato A.C.N., secondo i criteri e le priorità stabiliti nell'Accordo Regionale sopracitato, come modificato dalla D.G.R.V. 17.4.2007, n. 1068, tenuto conto di quanto disposto in materia dal D.L. n. 135/2018, convertito in legge, con modificazioni, con L. n. 12/2019, nonché dal D.L. n. 35/2019, convertito in legge, con modificazioni, con L. n. 60/2019, fatte salve diverse successive disposizioni nazionali e regionali in materia:

- a) Medici inseriti nella graduatoria unica regionale del Veneto della Medicina Generale, con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera;
- b) Medici, pur non inseriti nella graduatoria regionale del Veneto, in possesso dei requisiti previsti (attestato/diploma di formazione 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'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;
- c) Medici frequentanti il corso di formazione specifica in Medicina Generale (di cui all'art. 19 comma 11 della Legge n. 448/2001), con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

d) Medici di cui alla norma finale n. 5 (medici abilitati dopo il 31.12.1994), con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea;

e) Medici specializzandi (di cui all'art. 19 c. 11 della Legge n. 448/2001), anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale, con priorità per i medici residenti nell'Ulss n. 9 Scaligera, graduati secondo i seguenti criteri: minore età al conseguimento della laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande.

Il medico deve esprimere nella domanda la/le strutture (Distretti e/o Casa Circondariale) ove è interessato ad essere inserito (non sarà quindi contattato per incarichi nella/le strutture non espressamente indicate nella domanda), fermo restando che ad incarico in corso, in caso di sopravvenute esigenze di servizio, il Distretto/sede di assegnazione potrà essere oggetto di variazione.

Per i medici interessati a prestare attività presso la Casa Circondariale di Verona (Sanità Penitenziaria) - servizio attivo tutti i giorni, 24 ore su 24, con turnazione diurna e notturna - in considerazione delle peculiari esigenze assistenziali si provvederà a stilare un elenco distinto, con priorità - all'interno di ciascuno dei gruppi più sopra citati (di cui alle lettere a, b, c, d, e e relative priorità) - ai medici in possesso di esperienza medica almeno annuale presso Istituti penitenziari. Si precisa che, essendo l'accesso alla struttura penitenziaria subordinato ad apposita autorizzazione da parte della Direzione della Casa Circondariale, l'eventuale mancato rilascio di tale autorizzazione, ovvero il ritiro della stessa, comporterà la revoca automatica e immediata dell'incarico.

In considerazione della necessità di dover assicurare anche gli interventi domiciliari o territoriali, i medici aspiranti agli incarichi presso i Distretti devono essere in possesso della patente di guida di categoria B o superiore. In mancanza, gli spostamenti - da effettuarsi con la dovuta tempestività - saranno a carico del medico interessato. Non saranno inclusi negli elenchi di cui sopra i 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 nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda (quadriennio precedente nei casi di cui all'art. 19, c. 4).

Gli elenchi suddetti verranno pubblicati, con successivo aggiornamento semestrale, all'albo pretorio on line, consultabile al seguente indirizzo internet www.aulss9.veneto.it (Albo on line → Deliberazioni del Direttore Generale).

I suddetti elenchi, ai fini degli eventuali ulteriori incarichi che si rendesse necessario conferire in corso d'anno, ivi compresi gli incarichi per la Casa Circondariale di Verona afferente al Distretto n. 1, saranno oggetto di integrazione con le eventuali domande regolarmente pervenute dopo la data di scadenza della presentazione delle domande (13 settembre 2019) e protocollate entro il primo giorno lavorativo del mese precedente alla lettera/provvedimento di conferimento incarico provvisorio/sostituzione da assegnare.

Gli incarichi potranno avere durata non oltre il 31 dicembre 2020 (medici di cui alle lettere A e B) o il 30 giugno 2020 (medici di cui alle lettere C e seguenti), fatte salve diverse successive disposizioni nazionali, regionali o aziendali in materia; tali incarichi potranno essere oggetto di successivo rinnovo, con scadenza non oltre il 31 dicembre 2020, fatte salve diverse successive disposizioni nazionali, regionali o aziendali in materia, nel rispetto delle priorità più sopra indicate e fatto altresì salvo il conferimento, al medico avente titolo, di incarico a tempo indeterminato, ovvero a seguito del rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato sostituito (in tali casi i medici a tempo determinato cesseranno secondo l'ordine inverso di collocazione nel rispettivo elenco).

L'eventuale recesso da parte del medico dev'essere di norma comunicato con almeno due mesi di preavviso.

Ciascun incarico sarà assegnato al medico avente titolo, in condizioni di compatibilità, secondo le vigenti disposizioni in materia, avrà decorrenza dalla data di conferimento - non differibile dall'interessato, pena il venir meno dell'incarico stesso - e sarà comunicato al medico per iscritto a mezzo posta elettronica o pec; il Distretto e la sede di svolgimento dell'attività saranno stabiliti a insindacabile giudizio dell'Amministrazione e potranno essere oggetto di successiva variazione.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Il medico che accetta l'incarico è tenuto a svolgere i turni assegnati, pari a 24 ore settimanali/104 ore mensili.

L'accettazione dell'incarico provvisorio (presso i Distretti o presso la Casa Circondariale) comporta altresì, qualora il medico risulti inserito sia nell'elenco aziendale degli incarichi per i Distretti che in quello per la Casa Circondariale, lo stralcio della posizione del medico incaricato da entrambi gli elenchi.

In caso di mancata accettazione entro i termini indicati nella comunicazione di conferimento dell'incarico, si provvederà ad incaricare il medico non già incaricato nell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera avente maggior titolo. Qualora, peraltro, durante l'espletamento di un incarico di sostituzione si rendesse disponibile un incarico provvisorio, il medico sostituito può optare per quest'ultimo. Il tal caso si provvederà a conferire l'incarico di sostituzione rimasto vacante al medico non già incaricato nell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera avente maggior titolo.

Il medico che non accetta l'incarico potrà comunque essere successivamente interpellato, a semestre in corso, per eventuali successivi incarichi da conferire, sempre nel rispetto dell'ordine di priorità più sopra specificato.

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – intesa 23.3.2005 e s.m.i. e intesa 21.6.2018, ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia, nonché alla nota della Regione Veneto n. 721065 di prot. del 29.12.2009 per il reclutamento del personale della Sanità Penitenziaria.

I medici interessati dovranno far pervenire la **domanda di partecipazione**, redatta utilizzando esclusivamente lo schema allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (€ 16,00), entro il **13 settembre 2019**.

Modalità di presentazione:

- consegna diretta presso una delle seguenti sedi dell'**Ufficio Protocollo dell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera**:
 - **Via Valverde, 42 – Verona**;
 - **Via Carlo Alberto Dalla Chiesa (s.n.c.) – Bussolengo (VR)**;
 - **Via Gianella, 1 – Legnago (VR)**;
- spedizione a mezzo raccomandata A.R. al seguente indirizzo: **Azienda Ulss n. 9 Scaligera – Via Valverde, 42 – 37122 Verona**.

Ai fini dell'inserimento negli elenchi di cui sopra farà fede la data di ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo ovvero, per le domande spedite a mezzo raccomandata A.R., la data del timbro postale di spedizione.

Non saranno incluse negli elenchi di cui sopra (anno 2020) le domande pervenute antecedentemente alla pubblicazione del presente avviso, che si intendono presentate per l'anno 2019.

Non saranno prese in considerazione le domande redatte non utilizzando lo schema allegato al presente avviso. Parimenti non saranno considerate quelle non firmate o non debitamente compilate.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa. L'Amministrazione si riserva altresì la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, nel rispetto della vigente normativa in materia, ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Nella domanda di partecipazione agli incarichi in oggetto 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 ed informazioni contattare l'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C. – sede di Bussolengo (Sig. Roberto Bellinzona, tel. 0456712447 – Sig.ra Monica Paparella, tel. 0456712481) - sede di Legnago (Rag. Rita Chiavegato, tel. 0442-622770).

Il presente avviso e lo schema della domanda di partecipazione sono pubblicati sul sito internet aziendale (www.aulss9.veneto.it).

Il Direttore Generale
(Dott. Pietro Girardi)



REGIONE DEL VENETO  ULSS 9 SCALIGERA	<i>Azienda ULSS 9 - Scaligera</i> Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236
--	--

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

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

Responsabile: Dott. Rossana Mori

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 (procedure selettive) finalizzati all'acquisizione di personale convenzionato, ed in particolare alla procedura selettiva per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico di medicina generale addetto alla continuità assistenziale per l'anno 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 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.

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

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO ANNO 2020. AVVISO PROT. N. _____ DEL _____.

I sottoscritt Dr. _____ nat a _____
il _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel/cell/fax _____ PEC _____
E-mail _____

CHIEDE

di essere inserit nell'elenco aziendale dei medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori), di 24 ore settimanali, di medico di continuità assistenziale presso

[N.B. barrare con una "X" la/casella/e interessata/e]

☐ i Distretti 1-2-3-4 (ex Ulss 20-21-22) ☐ la Casa Circondariale di Verona (Sanità Penitenziaria).

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 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 _____;
- 2) di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- 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 il corrente anno (specificare il punteggio _____);
- 4-bis) di ☐ avere ☐ non avere presentato domanda per essere inserit nella graduatoria della medicina generale della Regione Veneto valida per il prossimo anno (in tal caso il punteggio sarà rilevato d'ufficio: _____);
- 5) 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

6) 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 _____);

7) di ☐ essere ☐ non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola e sede _____);

8) [riservato ai medici che chiedono di essere inseriti nell'elenco per la Casa Circondariale di Verona e non si trovano in specifiche condizioni di incompatibilità per accedere alla stessa] di essere in possesso di esperienza medica almeno annuale presso Istituti penitenziari di seguito elencati (specificare con precisione gli incarichi ricoperti e le Amministrazioni con le quali gli stessi sono stati instaurati, nonché i relativi periodi): _____

I sottoscritt_ dichiara inoltre:

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 (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 patente di guida di categoria B o superiore;

11) 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 _____

12) 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 _____;

13) 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 _____;

14) 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. _____

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

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

16) 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 _____

17) 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

18) 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. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) 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 _____

20) 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 _____

21) 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 _____

22) 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 _____

23) 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: _____

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

Periodo: dal _____

25) 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 _____

26) di ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato;

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

27) 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:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

28) di ☐ essere ☐ non essere titolare di trattamento di pensione (specificare Ente erogare e, se ENPAM, se solo da contributi di quota A o di contributi da altre quote): _____

Periodo: dal _____

29) di ☐ fruire ☐ non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 22: soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

30) 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;

31) 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 continuità assistenziale attribuito da codesta Azienda ULSS.

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..