



12/1 DIC. 2021

Prot. n. 229530/21

Verona,

**Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta**  
Avviso per la formazione della  
graduatoria aziendale valida per  
l'**anno 2022** per il conferimento di incarichi a  
tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di  
**MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**  
presso l'Azienda ULSS 9 "Scaligera"

(scadenza presentazione domande: entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso - eventuali domande pervenute successivamente al suddetto termine, saranno prese in considerazione subordinatamente a quelle pervenute nei termini; la graduatoria aziendale sarà così aggiornata mensilmente con le eventuali domande pervenute e protocollate entro l'ultimo giorno del mese precedente)

È indetto avviso per la formazione della graduatoria aziendale anno 2022 per il conferimento di **incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di Medico Pediatra di libera scelta**, con decorrenza che sarà comunicata di volta in volta dall'Ufficio competente secondo i fabbisogni assistenziali (non modificabile dal pediatra, pena l'esclusione) 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 negli ambiti territoriali di pediatria di libera scelta dei Distretti dell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera.

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi 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 2022 (vedi Bur Veneto n. 158/2021), i pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età) e, per la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, secondo le modalità previste dal decreto-legge 17/3/2020, n. 18 con le modifiche apportate in sede di conversione in legge 24/4/2020, n. 27, art. 2-quinquies (Misure urgenti per il reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta).

Si precisa sin d'ora che il pediatra titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, assistenza primaria, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, che sia incompatibile con l'incarico in oggetto, con scadenza prevista dello stesso successivamente alla data di inizio dell'incarico a tempo determinato da conferire (in caso di recesso da parte del pediatra si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dal rispettivo ACN), risulta incompatibile con l'incarico da conferire.

I medici pediatri interessati dovranno far pervenire la **domanda**, 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 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso**, mediante spedizione a mezzo pec all'indirizzo: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it).

Eventuali domande pervenute successivamente al suddetto termine, saranno prese in considerazione subordinatamente a quelle pervenute nei termini; la graduatoria aziendale sarà così aggiornata mensilmente con le eventuali domande pervenute e protocollate entro l'ultimo giorno del mese precedente.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Al pediatra da incaricare provvisoriamente potrà essere richiesto di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra cessato, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte del rappresentante legale del minore.

In assenza di domande da parte dei medici pediatri di cui sopra, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande di medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria (nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della 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](http://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 modificare 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. - sede di Bussolengo:

Dott. Marco Pegorari, tel. 0456712432, [marco.pegorari@aulss9.veneto.it](mailto:marco.pegorari@aulss9.veneto.it);

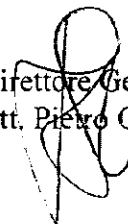
Avv. Valerio Celani, tel. 0456712370, [valerio.celani@aulss9.veneto.it](mailto:valerio.celani@aulss9.veneto.it);

- sede di Legnago:

Dott. Simonetta Bressanin, tel. 0442-622381, [simonetta.bressanin@aulss9.veneto.it](mailto:simonetta.bressanin@aulss9.veneto.it)..

L'avviso ed il fac-simile di domanda sono pubblicati nella sezione "Concorsi e Avvisi" del sito aziendale ([www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it)).

Il Direttore Generale  
Dott. Pietro Girardi





## 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](mailto: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](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 Suo 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 incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di medico pediatra di libera scelta presso i Distretti dell'Azienda Ulss 9 Scaligera - Graduatoria Aziendale anno 2022.

### 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

pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it  
(Alla c.a. U.O.S. Medicina Convenzionata)

OGGETTO: DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA **GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2022** PER IL CONFERIMENTO DI **INCARICHI CONVENZIONALI A TEMPO DETERMINATO** (PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE) DI **PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA** PRESSO L'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA.

I sottoscritt Dr. \_\_\_\_\_  
tel/cell \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**PRESENTA**

domanda di inserimento nella graduatoria aziendale 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_);

6) di  essere residente nell'ambito territoriale DIS \_\_\_ APLS \_\_\_ Ulss 9 Scaligera;

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... 1/4

... 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  avere  non avere riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II) e  avere  non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati (in caso affermativo specificare più sotto nelle NOTE);

11) 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. \_\_\_\_\_

12) di  essere  non essere iscritt\_ negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_ ;

13) 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

14) 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 \_\_\_\_\_

15) 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 \_\_\_\_\_

16) 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 \_\_\_\_\_

17) 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 \_\_\_\_\_

18) 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 \_\_\_\_\_

19) 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 \_\_\_\_\_

20) 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 \_\_\_\_\_

21) 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 \_\_\_\_\_

22) 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 \_\_\_\_\_

23) 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.

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..