



Prot. n. 229527/21

Verona, 21 DIC. 2021

Medicina Convenzionata – Medicina Generale - Assistenza Primaria

 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 DI MEDICINA GENERALE – ASSISTENZA PRIMARIA

presso l'Azienda ULSS 9 "Scaligera"

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 di Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria**, con decorrenza che sarà comunicata di volta in volta dall'Ufficio competente secondo i fabbisogni assistenziali (non modificabile dal medico, pena l'esclusione) e fino alla data di inserimento del medico avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, secondo le modalità previste dalla D.G.R. Veneto n. 1861 del 29 dicembre 2020 "Definizione della disciplina dell'attribuzione degli incarichi provvisori e di sostituzione di assistenza primaria ex art. 15, comma 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005 come sostituito dall'ACN del 21.06.2018 e modificato dall'ACN del 18/06/2020", da inserire negli ambiti territoriali di Medicina Generale - Assistenza Primaria dei Distretti dell'Azienda Ulss n. 9 Scaligera.

Possono presentare domanda di partecipazione agli incarichi di cui trattasi i medici, iscritti all'albo professionale **inseriti nella graduatoria regionale definitiva del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2022 (vedi BUR Veneto n. 158/2021), nonché i medici di cui alla D.G.R. Veneto n. 1861 del 29 dicembre 2020 (medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Veneto [fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni], medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994, medici iscritti ai corsi di specializzazione [per il solo affidamento di sostituzioni, ai sensi dell'art. 19, c. 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448]).**

Si precisa sin d'ora che il medico titolare di altro incarico convenzionale (Medicina Generale: assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, 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 medico si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dal rispettivo ACN), risulta incompatibile con l'incarico da conferire.

I medici di cui alle lettere da b) ad e) di cui alla D.G.R. Veneto n. 1861 del 29 dicembre 2020 saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea (tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato nella domanda), con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

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

Al fine di formulare la graduatoria aziendale, i medici interessati dovranno inoltrare apposita **domanda**, in regola con le vigenti norme in materia di bollo (€ 16,00), esclusivamente secondo il modello allegato, unitamente alla copia di un valido documento di identità, **all'indirizzo pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it** (non oltre il 30.11.2022).

La graduatoria aziendale, di norma pubblicata ogni sei mesi mediante pubblicazione all'albo aziendale on line, è aperta a nuovi inserimenti durante la sua vigenza con effetti immediati per l'assegnazione.

Ciascun incarico, della durata massima di un anno, sarà assegnato al medico avente titolo, in condizioni di compatibilità, secondo le vigenti disposizioni in materia ed avrà decorrenza dalla data di conferimento, non differibile dall'interessato, pena il venir meno dell'incarico stesso. Al medico da incaricare provvisoriamente potrà essere richiesto di assistere gli iscritti nelle liste del medico di assistenza primaria cessato, fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte dell'assistito.

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 di medicina generale (www.sisac.info) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.S. Medicina Convenzionata e P.A. e C. - sede di Bussolengo:

Avv. Valerio Celani, Tel. 045 6712370, valerio.celani@aulss9.veneto.it

Dott. Marco Pegorari, Tel. 045 6712432, marco.pegorari@aulss9.veneto.it

- sede di Legnago:

Dott. Simonetta Bressanin, Tel. 0442 622381, simonetta.bressanin@aulss9.veneto.it

L'avviso ed il fac-simile di domanda sono pubblicati nelle sezione "Concorsi e Avvisi" del sito aziendale (www.aulss9.veneto.it)

Il Direttore Generale
Dott. Pietro Girardi

All.:

Informativa Privacy

Modulo di domanda

Ambiti territoriali MG - Assistenza Primaria



**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

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.

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 incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di medico di medicina generale addetto all'assistenza primaria 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 MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA 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 _____ 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 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 la posizione _____ e il punteggio _____);
- 5) di essere residente nell'ambito territoriale DIS _____ AMMG _____ Ulss 9 Scaligera;
- 6) 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
- 7) 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 annualità di frequenza _____)

in qualità di: ordinario soprannumerario avviso riservato (ex D.L. n. 35/2019, cd. Decreto Calabria)
 con borsa di studio senza borsa di studio

8) di essere non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola, sede e anno di iscrizione _____);

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, ovvero di altro incarico convenzionale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale _____);

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 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 _____

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. _____ 2/4

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____ al _____

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 _____ al _____

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 _____ al _____

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 _____ al _____

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 per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 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 _____ al _____

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

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____ al _____ 3/4

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 (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 _____

28) 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 _____

29) di fruire non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 23: 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 assistenza primaria 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..