



Prot. n. 32726

Verona, 25.02.2021

Medicina Convenzionata – Medicina Generale - Continuità Assistenziale

Avviso per la formazione della
graduatoria aziendale valida per
l'anno 2021 per il conferimento di incarichi a
tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di
**MEDICI DI MEDICINA GENERALE – CONTINUITA'
ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA)**
presso l'Azienda ULSS 9 “Scaligera”

È indetto avviso per la formazione della graduatoria aziendale anno 2021 per il conferimento di **incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di Medico di Medicina Generale addetto alla Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)**, 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. 1164 del 11 agosto 2020 “Modifiche alla disciplina dell'attribuzione degli incarichi provvisori e di sostituzione di continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n. 1068/2007 ex art. 15, c. 6, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21/06/2018, come modificato dall'ACN 18/06/2020”, da inserire le sedi di C.A. dei Distretti dell'Azienda Ulss 9 Scaligera e, se espressamente richiesto nella domanda, presso la Casa Circondariale di Verona (Sanità Penitenziaria).

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 2021 (vedi BUR Veneto n. 26/2021), nonché i medici di cui alla D.G.R. Veneto n. 1164 del 11 agosto 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 massimo tre mesi all'anno].**

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. 1164 del del 11 agosto 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.

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).

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 30.11.2021).

La graduatoria aziendale, di norma pubblicata ogni sei mesi mediante affissione all'albo aziendale, 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.

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 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'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 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).

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

Il Commissario
f.to Dott. Pietro Girardi

All.:

Informativa Privacy
Modulo di domanda

**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 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 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
(A.C.A. UOS Medicina Convenzionata)

OGGETTO: DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA **GRADUATORIA AZIENDALE ANNO 2021** PER IL CONFERIMENTO DI **INCARICHI CONVENZIONALI A TEMPO DETERMINATO** (PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE) DI **MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA)** PRESSO L'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA.

I sottoscritt_ Dr. _____
tel/cell _____ PEC _____
E-mail _____

PRESENTA

domanda di inserimento nella graduatoria aziendale in oggetto presso:

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

- i Distretti 1-2-3-4** **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 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 non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

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 _____); 1/5

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) [*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): _____

10) 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 _____);

11) 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);

12) 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 _____

13) 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 _____;

14) 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 _____;

15) 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. _____

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

Provincia _____ branca _____ 2/5

Periodo: dal _____;

17) 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 _____

18) 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

19) 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 _____ al _____

20) 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 _____

21) 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 _____

22) 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 _____

23) 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 _____

24) 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:

25) 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 _____ al _____

26) 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 _____

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

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____ al _____

28) 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 _____

29) 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 _____

30) 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 _____

31) 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;

32) 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..