


 Prot. n. 172108/21

 Bussolengo, 11 OTT. 2021

Medicina Convenzionata – Medicina Generale - Assistenza Primaria

Avviso per l'acquisizione di disponibilità da parte di
medici di medicina generale in quiescenza disponibili ad accettare nel periodo
 emergenziale da Covid-19 incarichi a
 tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di
MEDICO DI MEDICINA GENERALE – ASSISTENZA PRIMARIA
 presso l'Azienda ULSS 9 "Scaligera"

Scadenza presentazione disponibilità: entro 10 giorni dalla pubblicazione del presente avviso; l'elenco
 potrà essere comunque successivamente integrato con eventuali ulteriori disponibilità.

In esecuzione della deliberazione n. 702 del 23.9.2021 e in relazione allo stato di emergenza
 epidemiologica da COVID-19, nonché sulla base della vigente normativa, è indetto il presente
 avviso al fine di predisporre un elenco di medici di medicina generale pensionati disponibili ad
 accettare incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di assistenza primaria, da
 conferire in mancanza di disponibilità da parte dei medici di cui all'avviso n. 32734/2021 di prot..

Il presente avviso è riservato ai medici di medicina generale già collocati in quiescenza alla
 data del 23.9.2021, avendo maturato i requisiti anagrafici e contributivi per il
 pensionamento di vecchiaia, con priorità per i medici con età inferiore ai 70 anni (e priorità
 previste dalla vigente normativa per detti incarichi), fermo restando il rispetto dei rimanenti
 requisiti di compatibilità previsti dal vigente ACN.

La durata degli stessi non potrà eccedere il termine dello stato di emergenza epidemiologica da
 COVID-19, attualmente stabilito al 31.12.2021.

**E' onere degli interessati verificare con il proprio ente pensionistico la possibilità di
 mantenere o meno il trattamento previdenziale già in godimento.**

Per quanto non espressamente indicato nel presente avviso si rinvia alla deliberazione n.
 702/2021 nonché all'avviso n. 32734/2021 di prot. pubblicato alla seguente pagina:

<https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=trasparenza.concorso&id=637>

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.S. Medicina
 Convenzionata e P.A. e C.

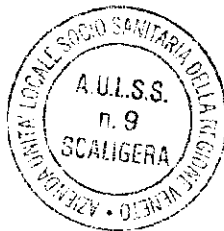
- sede di Bussolengo:

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
Rag. Maurizio Marchetto, Tel. 0442 622661, maurizio.marchetto@aulss9.veneto.it



Il Responsabile UOS Medicina
Convenzionata e P. A. e C.
Dott. Paolo Barberi

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Paolo Barberi", written over the printed name.

All.:

Informativa Privacy
Modulo di manifestazione disponibilità
Copia deliberazione n. 702 del 23.9.2021

**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

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 anno 2021.

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.

ALL'AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA

VIA VALVERDE, 42

37122 – VERONA

A.C.A. UOS Medicina Convenzionata

A mezzo mail: convenzioni@aulss9.veneto.it
(con richiesta di avviso di ricezione)

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' DA PARTE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PENSIONATI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI CONVENZIONALI A TEMPO DETERMINATO (PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE) DI MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO L'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA DURANTE IL PERIODO DI STATO EMERGENZIALE DA COVID-19.

Il sottoscritt Dr. _____
tel/cell _____ PEC _____
E-mail _____

PRESENTA

manifestazione di disponibilità per gli incarichi 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 aver prestato attività come medico convenzionato di medicina generale presso l'Azienda _____ Regione _____;

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 partecipante 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.

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..