


**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE**

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

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

Responsabile: Dott. Paolo Barbieri

Prot. 93344

Verona, 07.06.2021

**OGGETTO:**Integrazione AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI  
 MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO  
 L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 1-15 Giugno 2021 (II TRIMESTRE 2021) –  
 ART. 20 e 21 ACN 31.03.2020.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 15 giugno 2021

Con riferimento all'avviso prot. 93344 del 28.05.2021, si comunica che a seguito della ratifica del testo di modifica al vigente ACN del 31.03.2020, intervenuta in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 20.05.2021, e alla conseguente entrata in vigore della modifica dell'art. 54, l'avviso relativo alla branca di Reumatologia è modificato come segue, :

**Specialisti ambulatoriali interni – Ulss 9 Scaligera**

**Branca: REUMATOLOGIA**

**n. 1 incarico per 15,00 ore settimanali** – indivisibili e con orario da concordare, presso le sedi di Via Poloni e del Capitel del Distretto n. 1 e sede di Tregnago del Distretto n. 2;  
**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile, e con articolazione oraria da concordare, **riservato agli specialisti inseriti nella graduatoria annuale valida per il 2021 che non abbiano altri incarichi ai sensi dell'ACN del 31.03.2020.**

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

L'avente diritto viene individuato ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN, con riferimento alla branca di Reumatologia.

**Si procede, altresì, ad integrare l'avviso con il seguente turno:**

**Branca: ODONTOIATRIA**

**n. 1 incarico per 6,00 ore settimanali** – sede di Tregnago Del Distretto n. 2, il lunedì dalle ore 08,00 alle or 14,00.

**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

L'avente diritto viene individuato ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN, con riferimento alla branca di Odontoiatria.



Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità all'Azienda ULSS 9 Scaligera **entro il 15° giorno del mese di Giugno 2021 utilizzando il modello di domanda riportato in allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso a mezzo di:**

- **lettera raccomandata A.R.** (farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante) al seguente indirizzo: Azienda ULSS 9 Scaligera - Servizio Medicina Convenzionata e privati Accreditati e Controlli, via Valverde, 42 – 37122 VERONA  
**ovvero**
- **PEC all'indirizzo: protocollo.aulss9@pecveneto.it**

allegando fotocopia di un valido documento di identità e apponendo sulla domanda marca da bollo da € 16,00.

Nel caso di invio a mezzo PEC compilare anche l'allegato A alla domanda seguendone le istruzioni.

I requisiti prescritti - per i quali si rinvia alle disposizioni di cui al vigente A.C.N. - devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dall'avviso per la presentazione delle domande.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Si ricorda che a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi.

**In base a quanto previsto dall'art. 29, comma 3, dell'Allegato A alla DGRV n. 1831 del 14.11.2017, nei casi in cui venga richiesta la dimostrazione del possesso di particolari capacità professionali la Commissione Tecnica Aziendale potrà dichiarare l'idoneità o meno dei candidati sulla base unicamente di titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS pubblici e IZS.**

I titoli conseguiti presso soggetti privati possono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. 445/2000. Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva.

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Le dichiarazioni sostitutive verranno redatte dal candidato mediante la compilazione del modello di domanda allegato.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

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

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

Il presente avviso viene pubblicato nel sito della Azienda ULSS 9 Scaligera:  
[www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it) – sezione "Concorsi e Avvisi".

Per ogni eventuale informazione si prega di rivolgersi a: dott.ssa Cristina Menorello (tel. 045/6712429) - oppure all'indirizzo e-mail: [cristina.menorello@aulss9.veneto.it](mailto:cristina.menorello@aulss9.veneto.it)

Il Direttore Generale  
Dr. Pietro Girardi

COPIA:  
Direzione Generale  
Direzione Sanitaria  
Direzione Amministrativa

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

*Applicare la marca da bollo  
da € 16,00 (secondo le vigenti  
disposizioni in materia)*

All'Azienda Ulss 9 Scaligera  
sede del Comitato Consultivo Zonale di Verona  
c/o U.O.S. Servizio Medicina Convenzionata e  
Privati Accreditati e Controlli - Via Valverde, 42  
37122 – VERONA  
PEC: protocollo.aulss9@pecveneto.it

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC (obbligatoria) \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

comunica la propria disponibilità per la copertura del turno vacante nella branca di  
(mettere una crocetta sull'incarico per il quale si presenta domanda):

- AUDIOLOGIA E FONIATRIA a tempo indeterminato per 17,00 ore settimanali
- CARDIOLOGIA a tempo determinato per 18 ore settimanali
- GERIATRIA a tempo indeterminato per 15,00 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 15,50 ore settimanali
- OTORINOLARINGOIATRIA a tempo indeterminato per 16,50 ore settimanali
- OSTETRICA E GINECOLOGIA a tempo indeterminato per 4,00 ore settimanali
- PSICOLOGIA a tempo indeterminato per 25,00 ore settimanali Casa Circondariale
- REUMATOLOGIA a tempo indeterminato per 15,00 ore settimanali
- ODONTOIATRIA a tempo indeterminato per 6,00 ore settimanali



A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

- 1) di essere cittadino (specificare) \_\_\_\_\_;
  - 2) di essere in possesso di laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - 3) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri presso l'Ordine di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- ovvero
- di essere iscritto all'Albo professionale degli Psicologi presso l'Ordine di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 4) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
    - specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
    - specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - 5) **(SOLO PER IL TURNO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA)** di essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste per il turno per le quali ALLEGA CURRICULUM ed eventuale altra documentazione comprovante le stesse (indicare l'attività svolta, precisando azienda o ente, la tipologia del rapporto di lavoro, la data inizio e fine rapporto, e ogni ulteriore elemento utile ad attestare il possesso delle particolari capacità professionali richieste nell'avviso)
  - 6) di non avere riportato provvedimenti disciplinari



ovvero di avere riportato i seguenti provvedimenti disciplinari (specificare):

---

---

e di non avere procedimenti disciplinari in corso

ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso (specificare):

---

---

7) di non fruire del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

8) di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

9) di dichiarare la disponibilità alla rimozione di eventuali situazioni di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso;

10) di non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale ai sensi dell'art. 54 ACN del 31.03.2020.

## DICHIARA ALTRESI'

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, *nell'ambito zonale di Verona*, attività ambulatoriale nella specialità regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, presso:

ULSS n. 9 Scaligera per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di Verona per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di Verona per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

b) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020 in *diverso ambito zonale della Regione Veneto o di altra Regione confinante*:



ULSS/ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
 ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
 dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
 ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato *in ambito zonale di Regione non confinante* che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

ULSS n. \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
 dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
 dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
 ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

d) di essere titolare di incarichi nelle seguenti branche \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020 e di richiedere di concentrare in una sola branca (\_\_\_\_\_) il numero complessivo di ore d'incarico;

e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020 e di chiedere il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale di Verona, con svolgimento della seguente altra attività compatibile (specificare) \_\_\_\_\_, e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26, comma 1, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020;

g) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal \_\_\_\_\_ (specificare indirizzo e contatti)



- \_\_\_\_\_;
- h) di essere iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 dell' Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 in vigore per il 2021 nella provincia di Verona (con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato) al numero: \_\_\_\_\_;
- i) di essere specialista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN del 31.03.2020;
- j) di essere titolare dell'incarico di:
- medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  - medico specialista pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
  - medico dipendente di struttura pubblica presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
- in possesso della specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;
- k) **(SOLO per il turno di Reumatologia)** di non avere incarichi ai sensi dell'ACN del 31.03.2020;
- l) di avere conseguito il numero di crediti ECM previsto dalla normativa vigente;
- m) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Regolamento europeo n. 679/2016.

Data

Firma

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ALLEGA: Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.


**Allegato A**

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente  
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)  
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

### DICHIARAZIONE

*(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,

indirizzo pec: \_\_\_\_\_

in riferimento alla domanda di partecipazione per l'assegnazione dei turni di medicina specialistica ambulatoriale interna prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

### D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

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;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile

**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](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 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 alle procedure selettive del trimestre in corso di pubblicazione dei turni disponibili di medicina specialistica ambulatoriale interna presso l'ambito zonale di Verona ai sensi dell'ACN 17.12.2015 e smi.

**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.

