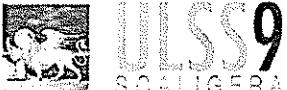


<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS9 SCALIGERA</p>	<p>Azienda ULSS 9 - Scaligera</p> <p>Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236</p>
--	--

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. **236969**

Verona, **01.12.2022**

OGGETTO: AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 1-15 Dicembre 2022 (IV TRIMESTRE 2022) – ART. 20, 21 e 22 ACN 31.03.2020.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 15 Dicembre 2022

Sono pubblicati all'albo pretorio on line dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, ai sensi degli artt. 20, 21 e 22 del vigente A.C.N. – Intesa del 31.03.2020, i turni disponibili sotto indicati.

Specialisti ambulatoriali interni – Ulss 9 Scaligera

Branca: DERMATOLOGIA

n. 1 incarico per 22,00 ore settimanali – Distretto n. 3.

Incarico a tempo determinato per la durata di 6 mesi, per recupero liste d'attesa, non frazionabile, e con articolazione oraria da definire.

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. 22 del vigente ACN, con riferimento alla branca di Dermatologia.

Branca: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

n. 1 incarico per complessive 13,00 ore settimanali.

Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, con orario da concordare da svolgere presso la sede di Bovolone dell'UOC IAF del Distretto n. 3;

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 Neuropsichiatria Infantile.

Branca: OCULISTICA

n. 1 incarico per complessive 23,50 ore settimanali.

Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, e con la seguente articolazione oraria:

- Lunedì dalle ore 08,00 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 17,30 – Cologna Veneta,
- Mercoledì dalle ore 13,30 alle ore 17,00 – Tregnago

REGIONE DEL VENETO



ULSS 9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

- Giovedì dalle ore 08,00 alle ore 13,30 – S. Giovanni Lupatoto
- Venerdì dalle ore 08,00 alle ore 13,30 - Tregnago

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 Oculistica.

Branca: ODONTOIATRIA

n. 1 incarico per complessive 08,00 ore settimanali.

Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, con il seguente orario settimanale:

- mercoledì o venerdì dalle ore 08,00 alle ore 12,00 – Distretto n. 2 sede di Cologna Veneta, 04,00 ore settimanali
- giovedì dalle ore 08,00 alle ore 12,00 – Distretto n. 1 sede di Via del Capitel, 04,00 ore settimanali;

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.

Branca: OTORINOLARINGOIATRIA

n. 2 incarichi per complessive 25,50 ore settimanali (i minuti sono espressi in centesimi). Incarichi a tempo indeterminato, ciascuno non frazionabile.

1) Incarico per complessive n. **9,5 ore settimanali**, suddivise nelle seguenti sedute indivisibili:


- lunedì: dalle ore 08,00 alle ore 13,30 – n. 05,50 ore settimanali, sede di Zevio del Distretto n. 3,
- martedì: dalle ore 13,30 alle ore 17,30 – 04,00, n. 04,00 ore settimanali, sede di Cologna veneta del Distretto n. 2

2) Incarico per complessive **16,00 ore settimanali**, suddivise nelle seguenti sedute indivisibili:

- lunedì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali Via del Capitel del Distretto n. 1
- mercoledì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali Via del Capitel del Distretto n. 1
- venerdì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali Via del Capitel del Distretto n. 1
- 01,00 ora settimanale presso la Casa Circondariale di Montorio, da svolgere con cadenza quindicinale (tenendo conto dell'eventuale quinta settimana, e pertanto, con 2 accessi pari a 02,00/02,50 ore ciascuno), con orario da concordare.

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

Via C. A. Dalla Chiesa – 37012 Bussolengo - Tel. 0456712429
e-mail: convenzioni@aulss9.veneto.it – pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS 9 SCALIGERA</p>	<h2>Azienda ULSS 9 - Scaligera</h2> <p>Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236</p>
---	---

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

Branca: RADIOLOGIA

n. 1 incarico per complessive 23,00 ore settimanali.

Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, con il seguente orario settimanale:

- lunedì dalle ore 08,00 alle ore 14,00 – Distretto n. 2 sede di Cologna Veneta, 06,00 ore settimanali;
- giovedì dalle ore 14,40 alle ore 19,40 o venerdì dalle ore 14,00 alle ore 19,00 – Distretto n. 1 sede di Marzana, 05,00 ore settimanali;
- due turni di 06,00 ore settimanali, dalle ore 08,00 alle ore 14,00 in giorni da concordare – Distretto n. 3 sede di Legnago, 12,00 ore settimanali.

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 Radiologia.

*** **

Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità all'Azienda ULSS 9 Scaligera dal 1° al 15° giorno del mese di Dicembre 2022 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.

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

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.

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.

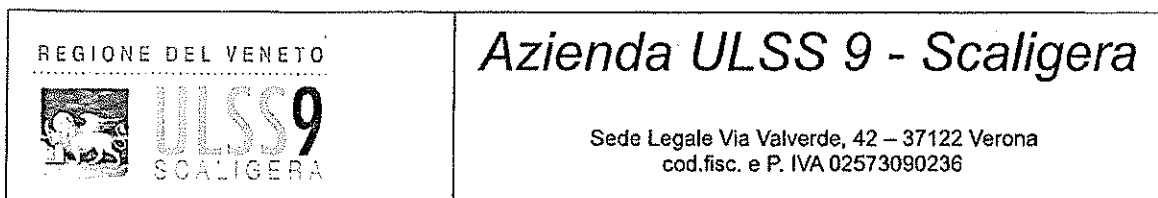
Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

Il presente avviso viene pubblicato nel sito della Azienda ULSS 9 Scaligera:
www.aulss9.veneto.it – 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



Il Direttore Generale
Dr. 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 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 (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

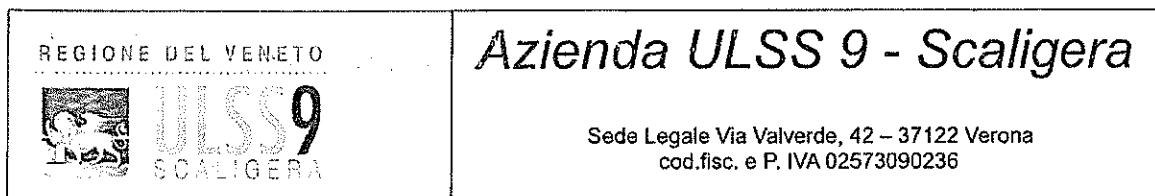
I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della 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.

REGIONE DEL VENETO



ULSS 9
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):

- DERMATOLOGIA a tempo determinato per 22,00 ore settimanali
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE a tempo indeterminato per 13,00 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 23,50 ore settimanali
- ODONTOIATRIA a tempo indeterminato per 08,00 ore settimanali
- OTORINOLARINGOIATRIA a tempo indeterminato per 09,50 ore settimanali
- OTORINOLARINGOIATRIA a tempo indeterminato per 16,00 ore settimanali
- RADIOLOGIA a tempo indeterminato per 23,00 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 _____;
- 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) 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):

6) 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;

- 7) di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- 8) di dichiarare la disponibilità alla rimozione di eventuali situazioni di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso;
- 9) 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 _____
- con anzianità di incarico a tempo indeterminato 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 _____;
- con anzianità di incarico a tempo indeterminato 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. 19 dell' Accordo Collettivo Nazionale del 30.03.2020 e smi in vigore per il 2022 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:

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

- 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;

kl) di avere conseguito il numero di crediti ECM previsto dalla normativa vigente;

l) 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.

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

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 _____,

DICHIARA

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