

REGIONE DEL VENETO



ULSS 9  
SCALIGERA

**Azienda ULSS 9 - Scaligera**

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

**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. n. 221394

Bussolengo, 10.11.2022

**AVVISO**  
**GRADUATORIE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA**  
**ART. 19, COMMA 12, ACN DEL 31.03.2020 E DEL 20.05.2021**  
**Scadenza 30.11.2022.**

Si rende noto il modulo di domanda per l'inserimento nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2023 degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) che intendano esprimere la disponibilità all'eventuale conferimento di incarichi di sostituzione, incarichi provvisori e a tempo determinato, ai sensi dell'art. 19, comma 12, del vigente ACN.

La domanda è riservata agli **specialisti e professionisti che NON abbiano già presentato domanda per l'iscrizione nelle graduatorie annuali**, già approvate e rese definitive per l'anno 2023, ai sensi dell'art. 19, comma 10 ACN vigente, i quali, pertanto, hanno già espresso la propria disponibilità in tale occasione.

E' richiesto, pena l'esclusione, il possesso dei requisiti stabiliti dal comma 4 dell'art. 19 del vigente ACN\*, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda.

\*a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

b) iscrizione all'Albo professionale;

c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;

d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2 (leggasi: specializzazione post laurea magistrale).


Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia. La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i. è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

E' fatta eccezione per la branca di **Odontoiatria**, per la quale possono presentare domanda anche i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri.

*Le domande già presentate da parte dei laureati in odontoiatria e protesi dentaria per l'inserimento nella graduatoria annuale ex art. 19, comma 10, del vigente ACN non saranno ritenute valide ai fini dell'inserimento nelle graduatorie ex art. 19, comma 12, attesa la necessità di valutare i periodi di incarico secondo i criteri previsti dal parere Sisac 324/2022.*

Responsabile del procedimento: Dr. Paolo Barbieri  
Referente istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello  
Tel.: 0456712429 - E-mail: cristina.menorello@aulss9.veneto.it

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><b>ULSS9</b> SCALIGERA</p>	<h1>Azienda ULSS 9 - Scaligera</h1> <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

In base a quanto previsto dall'art. 19, comma 12, ACN vigente, i candidati in possesso dei requisiti verranno graduati come segue:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio (disponibilità già acquisite);
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine:  
minore età anagrafica  
anzianità di specializzazione  
anzianità di laurea

**Per la branca di Odontoiatria**, ai sensi della Norma Finale n. 7 ACN del 20.05.2021, i candidati saranno graduati come segue:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio (disponibilità già acquisite);
- b) specialisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine:
  - 1) minore età anagrafica
  - 2) anzianità di specializzazione
  - 3) anzianità di laurea;
- c) laureati in odontoiatria e protesi dentaria/laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri che abbiano svolto almeno tre anni di attività convenzionale (secondo la maggiore anzianità);
- d) laureati in odontoiatria e protesi dentaria/laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri con anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione inferiore a tre anni (secondo la maggiore anzianità) ai sensi dell'ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico, in base al suddetto parere Sisac, è necessario "considerare l'arco temporale dell'incarico".

**I candidati dovranno, pertanto, comunicare i periodi ed i giorni di attività svolti (anziché le ore di attività come in precedenza) con incarico a tempo determinato, incarico provvisorio o affidamento di sostituzione svolti nelle diverse Aziende Sanitarie sulla base delle lettere di incarico, suddivisi nelle diverse annualità, dal primo e fino al 31.12.2021, utilizzando il modulo allegato al presente avviso.**

Nei casi di pari anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione ai sensi dell'ACN per la specialistica ambulatoriale interna, si applicano i seguenti criteri suppletivi:

- 1) minore età,
- 2) anzianità di laurea
- 3) voto di laurea

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria NON devono trovarsi nelle seguenti condizioni:

Responsabile del procedimento: Dr. Paolo Barbieri  
Referente istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello  
Tel.: 0456712429 - E-mail: [cristina.menorello@aulss9.veneto.it](mailto:cristina.menorello@aulss9.veneto.it)

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


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

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

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

Responsabile: Dott. Paolo Barbieri

- fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- essere titolari di incarico a tempo indeterminato. Si evidenzia che tutti i titolari di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, anche se non hanno raggiunto il massimale orario (dunque a prescindere dal numero delle ore d'incarico) non possono più presentare domanda di inserimento in graduatoria.

Costituiscono motivi di esclusione:

- la mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dalla singola graduatoria;
- la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle previste dal presente documento;
- la mancata firma della domanda;
- la mancata allegazione alla domanda informatizzata della scansione di un documento di riconoscimento (identità) in corso di validità trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.

Ciascuna domanda dovrà riguardare una sola branca specialistica o disciplina; pertanto devono essere presentate domande distinte da parte del medico specialista/medico veterinario che intenda essere incluso in più branche o da parte del professionista psicologo che intenda iscriversi per entrambe le discipline (psicologia – psicoterapia).

Per quanto riguarda l'attività professionale, dovrà essere inserita esclusivamente l'attività svolta come specialista/professionista ambulatoriale, con incarico provvisorio, di sostituzione o a tempo determinato, ai sensi dell'ACN con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie; non dovrà indicare attività svolta ad altro titolo (es. con rapporto di dipendenza, contratto libero-professionale, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini).

La domanda dovrà essere munita di marca da bollo, e relativo modulo contenente la dichiarazione del numero seriale, e copia di un documento di identità personale in corso di validità.

Le domande dovranno essere presentate all'UOS Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e controlli dell'Ulss 9 Scaligera, sede del Comitato Zonale di Verona, esclusivamente tramite pec all'indirizzo: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it), anticipando copia via mail all'indirizzo: [convenzioni@aulss9.veneto.it](mailto:convenzioni@aulss9.veneto.it), entro e non oltre il **30.11.2021**.


 Il Direttore Generale  
 Dr. Pietro Girardi

Responsabile del procedimento: Dr. Paolo Barbieri  
 Referente istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello  
 Tel.: 0456712429 - E-mail: [cristina.menorello@aulss9.veneto.it](mailto:cristina.menorello@aulss9.veneto.it)

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





**Marca da bollo € 16,00**

**ALL'AULSS 9 SCALIGERA**  
Via Valverde, 42 – 37122 Verona  
Pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE PER L'ANNO 2023:** Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)  
Art. 19 - Comma 12 - dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) .

Il /La sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_

**Chiede**

di essere incluso/a nella graduatoria:

- medici specialisti : branca di .....
- odontoiatri
- medici veterinari: area .....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

**PER CONFERIMENTO INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE anno 2023:** Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) - Art. 19 - Comma 12 - dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) .

a tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/200, ai sensi degli art. 46 e 47 del suddetto decreto

**dichiara**

Cognome : ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Luogo di nascita:..... (prov.....)

codice fiscale: .....

documento di riconoscimento: .....

rilasciato il: ..... da .....

Indirizzo di residenza: Via..... n. civico..... cap.....



(prov.....) Comune .....

telefono..... cellulare .....

PEC..... e-mail.....

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE *specificare*) .....

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

di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

di possedere il diploma di laurea in:

medicina e chirurgia

odontoiatria e protesi dentaria

medicina veterinaria

biologia

chimica

psicologia

con voto ...../.....  senza lode  con lode,

conseguito presso l'Università di .....

in data...../...../.....;

di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di .....

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli ..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

.....conseguita il...../...../.....

Per la branca di Cure palliative :

di essere in possesso della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regione .....il ...../...../.....;


**SOLO PER LA BRANCA DI ODONTOIATRIA – NORMA FINALE N. 7**

di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 31.03.2020 e s.m.i., nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31.12.2021):

Branca/Area	ODONTOIATRIA
<b>Totale giorni lavorati</b>	
Anno:	
Azienda	
Periodo dal/al	Dal _____ al _____
Giornate lavorate nel periodo	N.
Anno:	
Azienda	
Periodo dal/al	Dal _____ al _____
Giornate lavorate nel periodo	N.
Anno:	
Azienda	
Periodo dal/al	Dal _____ al _____
Giornate lavorate nel periodo	N.
Anno:	
Azienda	
Periodo dal/al	Dal _____ al _____
Giornate lavorate nel periodo	N.
Anno:	
Azienda	
Periodo dal/al	Dal _____ al _____
Giornate lavorate nel periodo	N.

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma autografa e per esteso .....

Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

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.

---



**Allegato A**

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente  
per la trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)**

## 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 a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,

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

in riferimento alla domanda di inclusione nella graduatoria per conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione - anno 2023 - Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) 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

**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 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](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 graduatorie di disponibilità per incarichi a tempo determinato, provvisori e di sostituzione di medicina specialistica ambulatoriale interna presso l'ambito zonale di Verona ai sensi dell'ACN 30.03.2020 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.

---

