

Prot. n. 95281

Verona, 26/05/2026

**Medicina Generale**

**Avviso per il conferimento di incarichi a tempo determinato**  
 per l'espletamento del servizio di  
**ASSISTENZA SANITARIA DI BASE AI TURISTI**  
 presso le località a rilevante flusso turistico afferenti  
 alla Lessinia centrale (1.7.2026 - 31.8.2026)  
 e alla zona Lacustre e Baldense (1.7.2026 - 31.8.2026)

**Termine perentorio presentazione delle domande: 06.06.2026**

E' indetto Avviso per il conferimento degli incarichi di seguito elencati:

**A) Lessinia Centrale (Distretto n. 1):**

Il Servizio sarà attivato per 6 giorni alla settimana (dal lunedì al sabato), per complessive 55 ore settimanali (compreso orario di ambulatorio); l'articolazione dell'orario di ambulatorio sarà distribuita come segue (fatte salve eventuali diverse indicazioni per la sede da parte delle rispettive amministrazioni comunali):

Giorno	Bosco Chiesanuova (Piazzetta Suor M.G. Scandola, 3)	Cerro Veronese (Via Monti Lessini, 58)	Roverè Veronese Loc. S. Francesco Piazza S. Francesco	Erbezzo (Via degli Alpini, 5)	Visite domiciliari (orario visite domiciliari nei Comuni a fianco indicati)
Lunedì	14.00-17.00	8.30-11.00			12.00-13.00
Martedì		13.30-16.00	8.30 -10.30	17.00-18.30	11.30-12.30
Mercoledì	13.30-16.30	8.30-10.30			11.30-12.30
Giovedì	15.00-16.30	8.30-11.00		17.00-18.30	12.00-13.00
Venerdì	13.30-16.30		8.30-10.30		11.30-12.30
Sabato	8.30-11.30		13.30-15.30		12.00-13.00

- orario di ambulatorio: 32 ore settimanali (come più sopra indicato);
- orario complessivo di servizio (compreso orario di ambulatorio): 55 ore settimanali, così distribuite:
  - lunedì, mercoledì e venerdì: dalle 8.30 alle 17.30;
  - martedì e giovedì: dalle 8.30 alle 18.30;
- sabato: dalle 8.30 alle 16.30.

Quanto sopra, salvo eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie stabilite dal Direttore dell'UOC Cure Primarie o dal Dirigente Medico dallo stesso incaricato, rimanendo inteso che le

sedi ed il totale del numero di ore settimanali restano fissati come più sopra indicato (nelle ore notturne e nei giorni festivi permane il normale servizio di continuità assistenziale - ex guardia medica - per le prestazioni non differibili).

Il servizio in parola sarà svolto secondo le direttive stabilite dal Direttore dell'UOC Cure Primarie o dal Dirigente Medico dallo stesso incaricato. Il medico che accetta l'incarico è tenuto a svolgere l'orario ad esso assegnato.

Nelle ore notturne permane il normale servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) per le prestazioni non differibili.

### **Fabbisogno:**

n. 2 incarichi a tempo determinato, di 27 ore e 30 minuti settimanali ciascuno, per l'espletamento, nel periodo 1.7.2026 - 31.8.2026, del Servizio di assistenza sanitaria di base ai turisti presso le località a rilevante flusso turistico della Lessinia Centrale (Comuni di Bosco Chiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo e Roverè Veronese).

Al fine di assicurare l'ottimale gestione della turnistica, il numero di ore settimanali effettuabile dai medici incaricati potrà essere conteggiato con riferimento alla media mensile, fermo restando il limite massimo di 38 ore settimanali. In caso di insufficienti disponibilità l'Azienda si riserva, previo assenso dei medici interessati, di aumentare l'orario di incarico per consentire la completa copertura del fabbisogno del Servizio.

### **B) Zona Lacustre e Baldense (Distretto n. 4):**

Il Servizio sarà attivato in 10 sedi (Torri del Benaco, Castelletto di Brenzone, Malcesine, Lazise, Garda, Bardolino, San Zeno di Montagna, Spiazzi, Ferrara di Monte baldo), per 7 giorni alla settimana (dal lunedì alla domenica, festivi e prefestivi infrasettimanali compresi), per complessive 178 ore e 30 minuti settimanali (compreso orario di ambulatorio e tempi di trasferimento tra le sedi del servizio); l'articolazione delle sedi di ambulatorio e dell'orario di attività saranno di norma distribuiti come segue (fatte salve eventuali diverse indicazioni per la sede da parte delle rispettive amministrazioni comunali):

#### Alto Lago

Giorno	Torri del Benaco (c/o Villa Gloria Angela - Via Gardesana, 50)	Castelletto di Brenzone c/o Ambulatorio Comunale - Via Amerigo Vespucci, 3)	Torri del Benaco Castelletto di Brenzone (orario visite domiciliari nei Comuni sopra indicati)	Malcesine (c/o Ospedale - Via Gardesana, 57)	Malcesine (orario visite domiciliari nel Comune sopra indicato)
Lunedì	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30
Martedì	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30
Mercoledì	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30
Giovedì	10.30-12.30	13.00-14.30	14.30-16.00	16.30-18.00	18.00-19.30
Venerdì	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30
Sabato	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30
Domenica	8.30-10.30	11.00-12.30	12.30-14.00	14.30-16.00	16.00-17.30

- orario di ambulatorio: 35 ore settimanali (come più sopra indicato);

- orario complessivo di servizio (compreso orario di ambulatorio e tempi di trasferimento tra le sedi del servizio pari a 1 ora al giorno): 63 ore settimanali.

## Basso Lago

Giorno	<b>Lazise Peschiera d/Garda Castelnuovo d/Garda</b> (c/o Ambulatorio o Comunale di Lazise – Piazza Partenio – ex Vicolo Cieco San Nicolò)	<b>Lazise Peschiera d/Garda Castelnuovo d/Garda</b> (orario visite domiciliari nei Comuni sopra indicati)	<b>Garda</b>  (c/o sede Croce Bianca - Via Colombo, 2 - 1° piano)	<b>Bardolino</b>  (c/o Distretto Sanitario – Via Gardesana dell'Acqua, 9)	<b>Garda Bardolino</b>  (orario visite domiciliari nei Comuni sopra indicati)
Lunedì	15.30-17.30	17.30-19.00	8.30-10.30	11.00-13.00	13.00-14.30
Martedì	8.00-10.00	10.00-11.30	12.30-14.30	15.00-17.00	17.00-18.30
Mercoledì	8.00-10.00	10.00-11.30	12.30-14.30	15.00-17.00	17.00-18.30
Giovedì	14.00-16.00	16.00-18.30	8.00-10.00	10.30-12.30	12.30-13.00
Venerdì	8.00-10.00	10.00-11.30	12.30-14.30	15.00-17.00	17.00-18.30
Sabato	8.30-10.30	10.30-12.00	13.00-15.00	15.30-17.30	17.30-19.00
Domenica	8.30-10.30	10.30-12.00	13.00-15.00	15.30-17.30	17.30-19.00

- orario di ambulatorio: 42 ore settimanali (come più sopra indicato);
- orario complessivo di servizio (compreso orario di ambulatorio e tempi di trasferimento tra le sedi del servizio pari a 1 ora e 30 minuti al giorno): 73 ore e 30 minuti settimanali.

## Zona Baldense

Giorno	<b>San Zeno di Montagna</b>  (c/o Ambulatorio Comunale – Contrada Cà Montagna, 11)	<b>San Zeno di Montagna</b>  (orario visite domiciliari nel Comune sopra indicato)	<b>Spiazzì</b>  (c/o Ambulatorio Comunale – Via Penne Nere, 1)	<b>Ferrara di Monte Baldo</b>  (c/o Ambulatorio Comunale – Piazza G. Cantore, 12)	<b>Spiazzì Ferrara di Monte Baldo</b>  (orario visite domiciliari nei Comuni sopra indicati)
Lunedì	8.00-9.30	9.30-11.00		12.00 – 13.00	13.00-14.00
Martedì	9.00-10.30	10.30-12.00	13.00 – 14.00		14.00-15.00
Mercoledì	9.00-10.30	10.30-12.00		13.00 – 14.00	14.00-15.00
Giovedì	8.00-9.30	9.30-11.00	12.00 – 13.00		13.00-14.00
Venerdì	8.00-9.30	9.30-11.00		12.00 – 13.00	13.00-14.00
Sabato	9.00-10.30	10.30-12.00	13.00 – 14.00		14.00-15.00
Domenica	9.00-10.30	10.30-12.00		13.00 – 14.00	14.00-15.00

- orario di ambulatorio: 17 ore e 30 minuti settimanali (come più sopra indicato);
- orario complessivo di servizio (compreso orario di ambulatorio e tempi di trasferimento tra le sedi del servizio pari a 1 ora al giorno): 42 ore settimanali.

complessivamente, per il Distretto 4:

- orario di ambulatorio: 94 ore e 30 minuti settimanali (come più sopra indicato);
- orario complessivo di servizio (compreso orario di ambulatorio, visite domiciliari e tempi di trasferimento tra le sedi del servizio): 178 ore e 30 minuti settimanali.

Nelle ore notturne permane il normale servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) per le prestazioni non differibili.

Il servizio in parola sarà svolto secondo le direttive stabilite dal Direttore dell'UOC Cure Primarie o dal Dirigente Medico dallo stesso incaricato. Il medico che accetta l'incarico è tenuto a svolgere l'orario ad esso assegnato.

Nelle ore notturne permane il normale servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) per le prestazioni non differibili.

### **Fabbisogno:**

B1) **Alto Lago**, n. 3 incarichi a tempo determinato, di 21 ore settimanali ciascuno, per l'espletamento, nel periodo 1.7.2026 - 31.8.2026, del Servizio di assistenza sanitaria di base ai turisti presso le località a rilevante flusso turistico dell'Alto Lago (comuni di Torri del Benaco, Brenzone, Castelletto di Brenzone, Malcesine).

B2) **Basso Lago**, n. 3 incarichi a tempo determinato, di 24 ore e 30 minuti settimanali ciascuno, per l'espletamento, nel periodo 1.7.2026 - 31.8.2026, del Servizio di assistenza sanitaria di base ai turisti presso le località a rilevante flusso turistico del Basso Lago (comuni di Lazise, Peschiera del Garda, Castelnuovo del Garda, Garda, Bardolino).

B3) **Zona Baldense**, n. 2 incarichi a tempo determinato, di 21 ore settimanali ciascuno, per l'espletamento, nel periodo 1.7.2026 - 31.8.2026, del Servizio di assistenza sanitaria di base ai turisti presso le località a rilevante flusso turistico della Zona Baldense (comuni di San Zeno di Montagna, Spiazzi, Ferrara di Monte Baldo).

Al fine di assicurare l'ottimale gestione della turnistica, il numero di ore settimanali effettuabile dai medici incaricati potrà essere conteggiato con riferimento alla media mensile, fermo restando il limite massimo di 38 ore settimanali. In caso di insufficienti disponibilità l'Azienda si riserva, previo assenso dei medici interessati, di aumentare l'orario di incarico per consentire la completa copertura del fabbisogno del Servizio; gli incarichi o il numero di ore potranno essere preventivamente ridotti in caso di disponibilità da parte di medici di assistenza primaria / continuità assistenziale in servizio nei rispettivi ambiti territoriali/distretti.

L'elenco aziendale dei medici disponibili per i suddetti incarichi a tempo determinato sarà redatto secondo i criteri e le priorità di cui alla DGRV n. 1164 dell'11.8.2020, facendo riserva di verificare la compatibilità di detti incarichi per i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale sulla base della normativa vigente al momento della redazione della graduatoria stessa.

Non saranno inclusi nell'elenco 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). In considerazione della necessità di dover assicurare anche gli interventi domiciliari (mediante automezzo aziendale ovvero, qualora non disponibile, un proprio automezzo), non potranno essere inclusi nell'elenco i medici non in possesso di patente di guida di categoria B o superiore.

Il provvedimento di approvazione dell'elenco suddetto verrà pubblicato all'albo pretorio on line, consultabile al seguente indirizzo internet [www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it) (albo on line → determinazioni dei dirigenti).

**Gli incarichi avranno durata dal 1.7.2026 - 31.8.2026. In carenza di domande per l'intero periodo, potranno essere prese in considerazione eventuali domande riferite ad un singolo**

**meşe solare (in tal caso il medico deve specificarlo nella domanda – sezione “note”). La domanda di inserimento sar  considerata immediatamente impegnativa per il medico.**

**AL FINE DI ASSICURARE LA CORRETTA E TEMPESTIVA PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO SI INVITANO I MEDICI A PRESENTARE DOMANDA SOLO SE EFFETTIVAMENTE DISPOSTI A PRESTARE L'ATTIVIT .**

Gli incarichi saranno assegnati ai medici aventi titolo, in condizioni di compatibilit  (si ricorda, ad esempio, che il medico con incarico di continuit  assistenziale – ex guardia medica - non pu  concorrere agli incarichi in parola in quanto supererebbe, complessivamente, le 38 ore settimanali; n , di converso, il medico incaricato per l'assistenza sanitaria di base ai turisti potr  espletare, durante l'incarico, eventuali incarichi di continuit  assistenziale o altri incarichi/attivit  incompatibili), secondo le vigenti disposizioni in materia, avranno decorrenza dalla data di conferimento - non differibile dall'interessato, pena il venir meno dell'incarico stesso - e saranno comunicati ai medici per iscritto a mezzo pec o posta elettronica.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicit  delle dichiarazioni rese dal richiedente, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

I compensi previsti per l'attivit  di assistenza sanitaria di base ai turisti sono quelli indicati dalla DGRV 20.4.2001, n. 939, vale a dire lo stesso trattamento economico orario ordinario spettante ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attivit  oraria (euro 24,25 euro/ora), incrementato di una quota percentuale pari al 25% delle somme riscosse dagli utenti, cui va aggiunta l'indennit  per l'uso del proprio automezzo per l'effettuazione delle visite domiciliari, qualora non sia disponibile un automezzo aziendale. Il trattamento fiscale   analogo a quello dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attivit  oraria (rapporto di lavoro autonomo convenzionale).

Per quanto non previsto dal presente avviso, si rinvia alla normativa vigente in materia (art. 46 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale - intesa del 4.4.2024 e, nelle more delle conseguenti disposizioni regionali, da quanto previsto dal vigente Accordo Regionale recepito con D.G.R. Veneto n. 4395 del 30.12.2005).

I medici interessati dovranno far pervenire la **domanda di partecipazione**, redatta utilizzando esclusivamente il modulo allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (  16,00) e corredata di copia di un valido documento di identit , entro il 06.06.2026, a mezzo pec all'indirizzo: **protocollo.aulss9@pecveneto.it**; in caso di invio tramite pec si chiede di effettuare l'invio anche all'indirizzo di posta elettronica **convenzioni@aulss9.veneto.it** per non ritardare i tempi di organizzazione dell'attivit .

Non saranno prese in considerazione le domande redatte non utilizzando lo schema allegato al presente avviso ovvero non firmate o non debitamente compilate.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilit  per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

L'Amministrazione si riserva altres  la facolt  di:

- modificare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, nel rispetto della vigente normativa in materia, ne rilevasse la necessit  o l'opportunit ;
- ridurre il numero di incarichi/ore a seguito di disponibilit , pervenute entro il termine del 20.05.2026, di medici del ruolo unico di assistenza primaria, del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attivit  oraria in servizio presso gli ambiti territoriali interessati della scrivente Azienda;

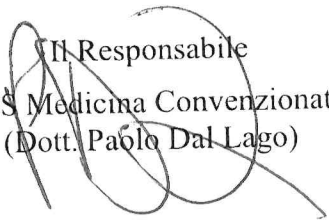
- rimodulare ovvero di non attivare il servizio in caso di carenza di medici disponibili nonché della sopravvenuta indisponibilità delle sedi messe a disposizione dalle Amministrazioni comunali interessate o dall'Ulss stessa, ovvero qualora le Amministrazioni comunali interessate comunichino all'Ulss di voler provvedere direttamente all'attivazione del servizio.

Nella domanda di partecipazione il medico dovrà dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegato al presente avviso, nonché di esprimere il proprio consenso al trattamento degli stessi ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

La partecipazione all'avviso comporta l'accettazione di tutte le prescrizioni e precisazioni in esso contenute.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni contattare l'UOS Medicina Convenzionata ([interpellimedconv@aulss9.veneto.it](mailto:interpellimedconv@aulss9.veneto.it)).

Il presente avviso e lo schema della domanda di partecipazione sono pubblicati sul sito internet [www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it) (concorsi e avvisi e albo pretorio → bandi di concorso).

  
Il Responsabile  
UOS Medicina Convenzionata  
(Dott. Paolo Dal Lago)



*U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli*  
Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago

## **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](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 Suo 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 medico convenzionato, ed in particolare alla procedura selettiva per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico addetto all'assistenza sanitari di base ai turisti estate 2024 presso i Distretti n. 1 e 4.

### **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  
pec: protocollo.aulss9@pecveneto.it  
email: convenzioni@aulss9.veneto.it  
**(A.C.A. UOS Medicina Convenzionata)**

OGGETTO: SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE AI TURISTI – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO - ESTATE 2026.

Il sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_  
prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel/cell/fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserit\_ nell'elenco aziendale dei medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato per il Servizio di Assistenza Sanitaria di base ai Turisti presso:

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una "X" le caselle interessate]

- A) Lessinia Centrale (Distretto n. 1)**  **B1) Zona Lacustre Alto Lago (Distretto n. 4)**  
 **B2) Zona Lacustre Basso Lago (Distretto n. 4)**  **B3) Zona Baldense (Distretto n. 4)**

in caso di più disponibilità, indicare l'ordine di preferenza (specificare, es. A, B3, ...) \_\_\_\_\_

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

1) 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 \_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

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 il punteggio \_\_\_\_\_);

5) di  avere  non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli art. 25, c. 11, lett. c) e e d) e art. 24, c. 3 - ACN Medicina Generale 15.1.2026 (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale \_\_\_\_\_);

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 \_\_\_\_\_);

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 anno di iscrizione \_\_\_\_\_);

8) di  essere  non essere iscritt\_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola e sede \_\_\_\_\_).

Il sottoscritt\_ dichiara inoltre:

9) 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 \_\_\_\_\_

10) di  essere  non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta 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 \_\_\_\_\_;

11) 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 \_\_\_\_\_;

12) 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. \_\_\_\_\_

13) di  essere  non essere iscritt\_ negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

14) 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 \_\_\_\_\_

15) di  essere  non essere titolare di incarico di medico di assistenza primaria ad attività oraria 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

16) 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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_

17) 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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_

18) di  svolgere  non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della D.Lgs. n. 626/93 e s.m.i.: Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) 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 \_\_\_\_\_

20) 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 \_\_\_\_\_

21) 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:

22) 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 \_\_\_\_\_ 2/3

23) 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 \_\_\_\_\_

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

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attività \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

25) 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:

Soggetto \_\_\_\_\_ pubblico

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

26) di  essere  non essere titolare di trattamento di pensione a carico di (se ENPAM specificare anche se "delle sole prestazioni delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'ENPAM" o anche \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ altre \_\_\_\_\_ prestazioni):

Periodo: dal \_\_\_\_\_

27) di  fruire  non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 26: soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

28) di  essere  non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

29) 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;

30) 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/COMUNICAZIONI:

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

Il sottoscritt\_ accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS 9 Scaligera – UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C., 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 dell'incarico.

   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.