

ALLEGATO 2/B - DOMANDA

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 9
Via Valverde, 42

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso prot. n. 213919 del 05/12/2025.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 6/2025 per il conferimento di incarichi
dirigenziali **PROFESSIONALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE** ("Alta Specializzazione")
dell'Area Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria), n. 213919 di prot. del 05/12/2025:

(Barrare l'incarico per il quale si intende partecipare)

| DIPARTIMENTO CHIRURGICO LEGNAGO | |
|--|--|
| UOC DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC OCULISTICA | |
| | DIAGNOSI E TRATTAMENTO MACULOPATIE |
| | CHIRURGIA VITREO- RETINICA |
| UOC UROLOGIA | |
| | URODINAMICA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO |
| | IMAGING E DIAGNOSI DELLE PATOLOGIE PROSTATICHE |
| UOC CHIRURGIA GENERALE | |
| | CHIRURGIA DEL TRATTO DIGESTIVO: TRANSANAL ENDOSCOPIC OPERATOR (TEO) |
| | CHIRURGIA DEI MELANOMI E DEI TUMORI MESENCHIMALI |
| UOC ORTOPEDIA CENTRO TRAUMA PER AULSS 9 | |
| | INCARICO DI CONTROLLO E APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI DEL REPARTO DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |

| DIPARTIMENTO CHIRURGICO LEGNAGO VILAFRANCA | |
|---|--------------------------------------|
| UOC DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC ORL | |
| | GESTIONE DEL PAZIENTE ORL PEDIATRICO |

| DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DEI SERVIZI | |
|---|---|
| UOC DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC ANATOMIA PATOLOGICA SAN BONIFACIO | |
| | DIAGNOSTICA ISTOPATOLOGICA GINECOLOGIA E OSTETRICA |
| UOC FARMACIA VILAFRANCA | |
| | MONITORAGGIO FLUSSO DATI PER IL DISTRETTO 4, MONITORAGGIO COSTI E CONSUMI UOOO DISTRETTO 4, GESTIONE DEL SERVICE AZIENDALE PER LA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE, GESTIONE SISTEMA QUALITA' INTERNO |
| | GESTIONE DEL PROCESSO DI LOGISTICA DEI PRODOTTI FARMACEUTICI STOCCATI PRESSO IL MAGAZZINO FARMACEUTICO DI VILAFRANCA, GESTIONE ANTISETTICI/DISINFETTANTI A LIVELLO AZIENDALE, GESTIONE STUPEFACENTI, ATTIVITA' DI FARMACOVIGILANZA, VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E ADEGUAMENTO ALLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI E AZIENDALI PER CONTENERE LA SPESA IN COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE, ATTIVITA' ISPETTIVA |
| UOC LABORATORIO ANALISI LEGNAGO | |
| | REFERENTE DEL SETTORE EMATOLOGIA DI BASE E CENTRALIZZATA DI SECONDO LIVELLO |
| UOC MEDICINA TRASFUSIONALE VILAFRANCA | |
| | RESPONSABILE DEL LABORATORIO DI IMMUNOEMATOLOGIA PRESSO LA SEDE OSPEDALIERA DI VILAFRANCA- DISTRETTO 4- AULSS 9 SCALIGERA |
| UOS TRASFUSIONALE LEGANGO | |
| | GESTIONE DEL DONATORE, DELLA RACCOLTA DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI E DELL'EMOVIGILANZA PRESSO LE SEDI DEL DISTRETTO 3- ASULSS 9 SCALIGERA |

| UOSD FARMACIA SAN BONIFACIO | |
|------------------------------------|--|
| | REFERENTE LABORATORIO CENTRALIZZATO UFA (UNITA' ANTIBLASTICI) SAN BONIFACIO/VILLAFRANCA. GESTIONE DEL PROCESSO DI ACQUISIZIONE E DISTRIBUZIONE FARMACI STUPEFACENTI PRESSO IL MAGAZZINO FARMACEUTICO CENTRALIZZATO DI SAN BONIFACIO PER TUTTI I SERVIZI DIPENDENZE AZIENDA SCALIGERA |
| | GESTIONE DEL PROCESSO DI ACQUISIZIONE E DISTRIBUZIONE FARMACI STOCCATI PRESSO IL MAGAZZINO FARMACEUTICO CENTRALIZZATO DI SAN BONIFACIO; GESTIONE DEL PROCESSO DI ACQUISIZIONE E DISTRIBUZIONE VACCINI STOCCATI PRESSO FARMACIA DI SAN BONIFACIO PER UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA; GESTIONE DEL PROCESSO DI ACQUISIZIONE DEI BENI SANITARI PRESSO IL MAGAZZINO ESTERNALIZZATO PER GARANTIRE LA FORNITURA A TUTTI I SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI DELL'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA |

| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | |
|--|---|
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOS PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE | |
| | ATTIVITA' CERTIFICATIVA DI MEDICINA PUBBLICA E SUPPORTO ALL'ATTIVITA' VACCINALE |

| DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO | |
|---|---|
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC RECUPERO E RIABILITAZIONE MARZANA | |
| | ATTIVITA' INTERNISTICO VASCOLARE NEL PAZIENTE AMPUTATO DI ARTO INFERIORE A SUPPORTO DEL PRIMO RICOVERO RIABILITATIVO INTENSIVO- SEDE DI MARZANA |

| DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | |
|--|--|
| UOC DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC RADIOLOGIA LEGNAGO | |
| | DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DEL TRATTO GASTROENTERICO SUPERIORE ED EPATO-BILIO-PANCREATICO: ECOGRAFIA, TC ED RM |

| DIPARTIMENTO INTERNISTICO VILLAFRANCA | |
|--|---|
| | |
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC GERIATRIA | |
| | BIOETICA E ONCOGERIATRIA |
| UOSD GASTROENTEROLOGIA | |
| | GESTIONE DELLE TECNICHE ENDOSCOPICHE AVANZATE |
| | GESTIONE AMBULATORI E DAY HOSPITAL AD INDIRIZZO EPATOLOGICO NELL'AMBITO DELLA RETE EPATOLOGICA VENETA (REPAV) |
| UOC MEDICINA GENERALE VILLAFRANCA | |
| | PATOLOGIE ENDOCRINO METABOLICHE |
| | REUMATOLOGIA E MALATTIE AUTOIMMUNI |
| UOC MEDICINA GENERALE BUSSOLENGO | |
| | COORDINAMENTO AREA OSPEDALIERA E TERRITORIO DEL TEAM NUTRIZIONALE |
| | IMPLEMENTAZIONE E SVILUPPO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE E TERRITORIO E FORMAZIONE |
| UOC CARDIOLOGIA | |
| | ORGANIZZAZIONE E GESTIONE AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO |
| | GESTIONE PRE-REFERTAZIONE E REFERTAZIONE HOLTER DINAMICO E MONITORAGGI INDOSSABILI |
| | VALUTAZIONE PAZIENTI RICOVERATI A VILLAFRANCA CON INDICAZIONE A STUDIO EMODINAMICO E TRATTAMENTO INVASIVO |

| DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE | |
|---------------------------------------|---|
| | |
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC DIPENDENZE VERONA | |
| | GESTIONE DEI PERCORSI DI COMORBIDITA' INFETTIVOLOGICA |
| | GESTIONE DI PERCORSI DI COMORBIDITA' PSICHIATRICA |

| | |
|--|---|
| | GESTIONE DEI PERCORSI DI COMORBIDITA' INFETTIVOLOGICA |
| | GESTIONE DEI PERCORSI CLINICI COMPLESSI E MULTIPROBLEMATICI |
| UOC DIPENDENZE BUSSOLENGO E LEGNAGO | |
| | GESTIONE PSICOFARMACOLOGICA DEI PAZIENTI IN CO-MORBIDITÀ PSICHIATRICA |
| | GESTIONE DEI PERCORSI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO |

| | |
|---|---|
| DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE | |
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC CURE PRIMARIE D1-D2 | |
| | ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA D1 |
| | CURE INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' D1 |
| | ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA D2 |
| | CURE INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' D2 |
| | ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA |
| UOC SALUTE IN CARCERE | |
| | INTEGRAZIONE DELLA RETE-OSPEDALE-TERRITORIO DI PREVENZIONE PER LE CURE PRIMARIE PER I DETENUTI |
| | VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEI DETENUTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE NELL'AMBITO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER L'ACCESSO A MISURE ALTERNATIVE |
| UOC INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTORI D1-D2 | |
| | DIAGNOSI E CURA DELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE E DEI DISTURBI PSICOPATOLOGICI IN ETA' PEDIATRICA |
| UOC INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTODI D1-D2- UOS ETA' EVOLUTIVA | |
| | VALUTAZIONE CLINICA E INTERVENTO NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO, CON PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI SUPPORTO E DI PARENT TRAINING |
| UOC INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA E CONSULTODI D1-D2- UOS CONSULTORI | |
| | REFERENTE ATTIVITA' AREA EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE NELLE SCUOLE/ISTITUTI DEI DISTRETTI 1-2 E RAPPORTI CON L'ISTITUZIONE SCOLASTICA |

| UOC CURE PALLIATIVE | |
|--------------------------------------|---|
| | RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO E ATTIVITA' DEGLI HOSPICE CONVENZIONATI CON AULSS 9 SCALIGERA |
| | RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO E ATTIVITA' HOSPICE MARZANA, IMPLEMENTAZIONE AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE A MARZANA E GESTIONE DEI TURNI IN PRONTA DISPONIBILITA' |
| | RESPONSABILE DELL'ACCREDITAMENTO DELLA UOC CURE PALLIATIVE - UCPDOM E HOSPICE AZIENDALI |
| UOC CURE PRIMARIE DISTRETTO 4 | |
| | CURE INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' |

| DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA | |
|---|---|
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC PRONTO SOCCORSO LEGNAGO | |
| | PERCORSI AMBULATORIALI DI PRONTO SOCCORSO E RAPPORTI CON LA MEDICINA DEL TERRITORIO |
| UOC PRONTO SOCCORSO SAN BONIFACIO | |
| | AREE DI MIGLIORAMENTO IN EMERGENZA- URGENZA: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN CAMPO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO |

| DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE | |
|---------------------------------------|--|
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC PSICHIATRIA 1 | |
| | REFERENTE AMBULATORIO PSICHIATRICO PERINATALITÀ UOC PSICHIATRIA 1 |
| | REFERENTE AREA OSPEDALIERA: SPDC |
| | REFERENTE STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA: CTRP DI MARZANA |
| UOC PSICHIATRIA 2 | |
| | REFERENTE RESIDENZIALITÀ CAE DI CAPRINO E CAE DI PONTON |
| | REFERENTE AREA OSPEDALIERA: SPDC AREA NORD, SPDC AREA SUD, DHO |

| | |
|--------------------------|--|
| | REFERENTE CSM ISOLA D/SCALA |
| UOC PSICHIATRIA 3 | |
| | REFERENTE PER L'INTEGRAZIONE CON AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, PER LA PRESA IN CARICO CONGIUNTA DI PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI |
| | PROGRAMMAZIONE, ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE E DI GRUPPO |
| | REFERENTE AMBULATORIO PERINATALITÀ ED INTEGRAZIONE CON IAF E REPARTI DI OSTETRICIA- GINECOLOGIA |
| UOC REMS | |
| | REFERENTE EQUIPE PSICOLOGI DELLA REMS |

| | |
|--|-------------------------------|
| DIREZIONE DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA | |
| | |
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA DI LEGNAGO | |
| | RADIOPROTEZIONE |

| | |
|---|--|
| ORGANI DI STAFF DIRETTORE GENERALE | |
| | |
| U.O.C. DI RIFERIMENTO | |
| DOMANDA (barrare) | DENOMINAZIONE INCARICO |
| DIRETTORE GENERALE | |
| | MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL DLGS 81/2008 PER IL DISTRETTO 3-PIANURA VERONESE E 4 OVEST VERONESE |

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

Dichiara

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1 di essere nato/a a _____, il _____, e di risiedere a _____, (____) CAP _____, in via _____, n. _____;

- 2 di essere dipendente presso questa AULSS a tempo indeterminato nel profilo professionale di Dirigente _____ in servizio presso _____;
- 3 di essere in possesso di un'anzianità complessiva di servizio nel profilo richiesto non inferiore a 5 anni;
- 4 aver superato con esito positivo le verifiche effettuate dal collegio tecnico di cui all'art. 57 del CCNL 19.12.2019;
- 5 di essere assegnato presso l'U.O. _____ di questa AULSS;
- 6 di aver prestato servizio presso Aziende U.L.S.S., Aziende Ospedaliere o altro Ente del comparto "Sanità" come indicato nel curriculum vitae allegato;
- 7 di accettare incondizionatamente le disposizioni del presente avviso;
- 8 che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde al vero.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- curriculum formativo e professionale;
- copia fotostatica di un valido documento di identità;

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Dott. _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ - Comune _____ Provincia _____
(Tel. _____ - Cell. _____ - e-mail _____)

Data _____

Firma (1)

(1) *la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione delle domande. Nel caso in cui la domanda venga spedita mediante posta elettronica certificata (PEC), alla stessa, debitamente sottoscritta nei modi stabiliti dalla vigente normativa, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dall'avviso.*