



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 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.

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 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
(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 2024.

I 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 4.4.2024 (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 _____).

I 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 _____ 1/3

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 _____

Periodo: dal _____

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 _____

Periodo: dal _____

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: _____

I 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.

I 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.