


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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

Prot. **159622**

Verona, **30.09.2023**

**OGGETTO:AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO L'AMBITO ZONALE DI VERONA – 1-15 SETTEMBRE 2023 (III TRIMESTRE 2023) – ART. 20 e 21 ACN 31.03.2020 e smi.**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 15 Settembre 2023**

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

**Specialisti ambulatoriali interni – Ulss 9 Scaligera**

**Branca: CHIRURGIA PLASTICA**

**n. 1 incarico per 16,50 ore settimanali – Distretto n. 1 e n. 2.**

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

- lunedì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – sede di San Giovanni Lupatoto
- mercoledì dalle ore 14,00 alle ore 17,00 - sede di San Giovanni Lupatoto
- giovedì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 17,30 – sede di Via Capitel

**n. 1 incarico per 15,50 ore settimanali – Distretto n. 2.**

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

- martedì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,00 – sede di San Giovanni Lupatoto
- giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00 - sede di San Giovanni Lupatoto
- venerdì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 - – sede di San Giovanni Lupatoto

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 Chirurgia Plastica.

**Branca: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

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

**Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, con orario da concordare da svolgere**


**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

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: DERMATOLOGIA**
**n. 1 incarico per 13,00 ore settimanali – Distretto n. 3.**
**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile, con la seguente articolazione oraria:

- giovedì dalle ore 08,00 alle ore 14,00 – sede di Legnago
- venerdì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 e dalle ore 13,30 alle ore 15,30 – sede di Nogara

**n. 1 incarico per 20,00 ore settimanali – Distretto n. 3 e Distretto n. 4.**
**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile, con la seguente articolazione oraria:

- lunedì dalle ore 08,00 alle ore 14,00 – sede di Legnago
- martedì dalle ore 08,00 alle ore 13,00 e dalle ore 13,30 alle ore 17,30 – sede di Legnago
- mercoledì dalle ore 09,00 alle ore 14,00 – sede di Isola della Scala

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 Dermatologia.

**Branca: FISIOCHINESITERAPIA**
**n. 1 incarico per complessive 16,00 ore settimanali.**
**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile, con orario da concordare da svolgere presso la sede di Legnago del Dipartimento di Riabilitazione.

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 Fisiochinesiterapia e delle seguenti particolari capacità professionali: *dimostrata esperienza di attività fisiatrice in ambito della riabilitazione dedicata all'età evolutiva per le gravi disabilità congenite ed acquisite del bambino*, da documentare mediante curriculum e dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Ai sensi dell'art. 32 allegato A della DGRV 1386 del 12.10.2021 "la Commissione tecnica aziendale dichiara l'idoneità o meno dei candidati, sulla base unicamente di titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e IZS".



**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

## **Branca: OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

**n. 1 incarico per complessive 12,50 ore settimanali.**

**Incarico a tempo indeterminato**, non frazionabile, da svolgere presso la sede del Consultorio Familiare di Legnago del Distretto n. 3, secondo la seguente articolazione oraria settimanale:

- martedì dalle ore 08,30 alle ore 13,45 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00; l'attività è da svolgere all'interno del Consultorio adolescenti Area 14-22+ per interventi a carattere sessuologico e di educazione sessuale;
- 5 ore e 15 minuti settimanali, in giorno ed orario da concordare.

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 Ostetricia e Ginecologia.

## **Branca: OCULISTICA**

**n. 1 incarico per 15,50 ore settimanali – Distretto n. 2.**

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

- Martedì dalle ore 12,30 alle ore 16,00 – Cologna Veneta
- Mercoledì dalle ore 08,00 alle ore 12,30 – Cologna Veneta
- Mercoledì dalle ore 13,30 alle ore 17,00 – S. Bonifacio
- Giovedì dalle ore 13,30 alle ore 17,30 – Cologna Veneta

**n. 1 incarico per 13,00 ore settimanali – Distretto n. 3**

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

- lunedì dalle ore 08,00 alle ore 12,00 e dalle ore 12,30 alle ore 16,30 – Zevio
- martedì dalle ore 08,00 alle ore 11,30 – Bovolone
- giovedì dalle ore 08,30 alle ore 12,00 - Bovolone

**n. 1 incarico per 11,00 ore settimanali – Distretto n. 3**


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

- giovedì dalle ore 08,30 alle ore 12,30 Legnago
- venerdì dalle ore 08,30 alle ore 11,30 e dalle ore 12,00 alle ore 16,00 - Legnago

**n. 1 incarico per 09,00 ore settimanali – Distretto n. 4.**

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

martedì dalle ore 08,00 alle ore 12,00 – Domegliara  
mercoledì dalle ore 09,00 alle ore 14,00 - Malcesine

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS9 SCALIGERA</p>	<h2>Azienda ULSS 9 - Scaligera</h2> <p>Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona cod.fisc. e P. IVA 02573090236</p>
--	---

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**[convenzioni@aulss9.veneto.it](mailto:convenzioni@aulss9.veneto.it)**

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: OTORINOLARINGOIATRIA**

**n. 1 incarico per complessive 29,00 ore settimanali. Incarico a tempo indeterminato, non frazionabile, con la seguente articolazione oraria e di sede:**

- lunedì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali – sede di Via del Capitel del Distretto n. 1
- martedì: dalle ore 13,30 alle ore 17,30 – 04,00, n. 04,00 ore settimanali - sede di Cologna Veneta del Distretto n. 2
- mercoledì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali - sede di Via del Capitel del Distretto n. 1
- giovedì dalle ore 08,00 alle ore 13,30 e dalle ore 14,00 alle ore 17,30 – 9 ore settimanali – sede UOC Otorinolaringoiatria del P. O. di Villafranca
- venerdì: dalle ore 08,00 alle ore 13,00 – 05,00 ore settimanali - sede di 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 mensili 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.

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

### **Branca: MEDICINA TRASFUSIONALE**

**n. 1 incarico non frazionabile per complessive 08,00 ore settimanali, suddivise in due sedute, ciascuna con orario dalle ore 08,00 alle ore 12,00, presso la sede di Legnago dell'UOC Medicina Trasfusionale**

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 Medicina Trasfusionale.

\*\*\* \*\*

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

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

**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità all'Azienda ULSS 9 Scaligera dal 1° al 15° giorno del mese di Settembre 2023 utilizzando il modello di domanda riportato in allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso a mezzo di:

- **PEC all'indirizzo: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it)**

ovvero

- **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**

*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.

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.

---

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa – 37012 Bussolengo (VR) - Tel. 045 6712438

Pec: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it)

REGIONE DEL VENETO



**ULSS9**  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

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](http://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](mailto:cristina.menorello@aulss9.veneto.it)

Il Direttore Generale  
Dr. Pietro Girardi

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr. GIUSEPPE CENCI

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

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):

- CHIRURGIA PLASTICA a tempo indeterminato per 16,50 ore settimanali
- CHIRURGIA PLASTICA a tempo indeterminato per 15,50 ore settimanali
- DERMATOLOGIA a tempo indeterminato per 13,00 ore settimanali
- DERMATOLOGIA a tempo indeterminato per 20,00 ore settimanali
- FISIOCHINESITERAPIA a tempo indeterminato per 16,00 ore settimanali
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE a tempo indeterminato per 13,00 ore settimanali
- OSTETRICIA E GINECOLOGIA a tempo indeterminato per 12,50 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 15,50 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 13,00 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 11,00 ore settimanali
- OCULISTICA a tempo indeterminato per 09,00 ore settimanali
- OTORINOLARINGOIATRIA a tempo indeterminato per 29,00 ore settimanali
- MEDICINA TRASFUSIONALE a tempo indeterminato per 08,00 ore settimanali



**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
 convenzioni@aulss9.veneto.it

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) **(SOLO PER IL TURNO DI FISIOTHERAPIA)** di essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste per il turno per le quali **ALLEGA CURRICULUM** ed eventuale altra documentazione comprovante le stesse (indicare l'attività svolta, precisando azienda o ente, la tipologia del rapporto di lavoro, la data inizio e fine rapporto, e ogni ulteriore elemento utile ad attestare il possesso delle particolari capacità professionali richieste nell'avviso)
- 6) di non avere riportato provvedimenti disciplinari  
 ovvero di avere riportato i seguenti provvedimenti disciplinari (specificare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

e di non avere procedimenti disciplinari in corso

ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso (specificare):

7) 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;

8) di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

9) di dichiarare la disponibilità alla rimozione di eventuali situazioni di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso;

10) 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*:

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa – 37012 Bussolengo (VR) - Tel. 045 6712438

Pec: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it)

REGIONE DEL VENETO



ULSS9  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**convenzioni@aulss9.veneto.it**

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;



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

*Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago*

*convenzioni@aulss9.veneto.it*

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 2023 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:

- 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.



*U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli*  
*Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago*  
*convenzioni@aulss9.veneto.it*

**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:

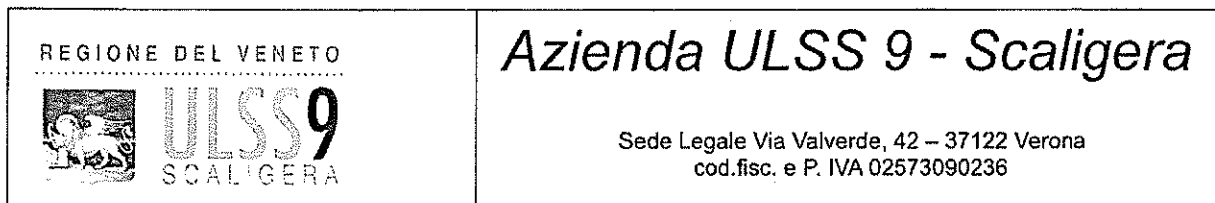
a. data e ora di emissione: \_\_\_\_\_

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



**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**[convenzioni@aulss9.veneto.it](mailto:convenzioni@aulss9.veneto.it)**

## **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](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 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**

REGIONE DEL VENETO



**ULSS9**  
SCALIGERA

## Azienda ULSS 9 - Scaligera

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

**U.O.S. Medicina Convenzionata, Privati Accreditati e Controlli**  
**Responsabile: Dott. Paolo Dal Lago**  
**[convenzioni@aulss9.veneto.it](mailto:convenzioni@aulss9.veneto.it)**

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.