



Prot. n. 102452

Verona, 25/05/2023

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 (1.7.2023 - 31.8.2023)
 e alla zona Lacustre e Baldense (1.7.2023 - 31.8.2023)

Termine perentorio presentazione delle domande: 9.6.2023

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	Cerro Veronese	Roverè Veronese	Roverè Veronese	Erbezzo
	(Piazzetta Suor M.G. Scandola, 3)	(Via Monti Lessini, 58)	(Via Roma, 21)	Loc. S. Francesco Piazza S. Francesco	(Via degli Alpini, 5)
Lunedì	8.30-11.00	14.00-16.30			
Martedì	13.00-16.00		8.30-10.30		17.00-18.30
Mercoledì	13.30-16.30	8.30-10.30			
Giovedì	13.30-16.00	8.30-11.00			17.00-18.30
Venerdì		14.00-16.30		8.30-10.30	

- 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 1.7.2023 - 31.8.2023, 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, Brenzone, 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)	Brenzone (c/o Ambulatorio Comunale – Via XX Settembre, 15)	Castelletto di Brenzone c/o Ambulatorio Comunale – Via Amerigo Vespucci, 3)	Malcesine (c/o Ospedale ambulatorio comunale – Via Gardesana, 57)
Lunedì	8.30-10.30 (*)	11.00-12.30 (*)	---	14.30-16.00 (@)
Martedì	8.30-10.30 (*)	11.00-12.30 (*)	---	14.30-16.00 (@)
Mercoledì	8.30-10.30 (*)	11.00-12.30 (*)	---	14.30-16.00 (@)
Giovedì	8.30-10.30 (*)	11.00-12.30 (*)		14.30-16.00 (@)
Venerdì	8.30-10.30	---	11.00-12.30 (*)	14.30-16.00 (@)
Sabato	8.30-10.30	---	11.00-12.30 (*)	14.30-16.00 (@)
Domenica	8.30-10.30	---	11.00-12.30 (*)	14.30-16.00 (@)

(*) dalle ore 12.30 alle ore 14.00 per le visite domiciliari nei comuni di Torri del Benaco e Brenzone

(@) dalle ore 16.00 alle ore 17.30 per le visite domiciliari nel comune di Malcesine

- 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): 63 ore settimanali.

Basso Lago

Giorno	Lazise Peschiera d/Garda Castelnuovo d/Garda (c/o Ambulatorio Comunale di Lazise – Piazza Partenio – ex Vicolo Cieco San Nicolò)	Garda (c/o sede Croce Bianca - Via Colombo, 2 - 1° piano)	Bardolino (c/o Distretto Sanitario – Via Gardesana dell'Acqua, 9)
Lunedì	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Martedì	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Mercoledì	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Giovedì	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Venerdì	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Sabato	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)
Domenica	8.30-10.30 (*)	13.00-15.00 (@)	15.30-17.30 (@)

(*) dalle ore 10.30 alle ore 12.00 per le visite domiciliari nei comuni di Lazise, Peschiera del Garda e Castelnuovo del Garda

(@) dalle ore 17.30 alle ore 19.00 per le visite domiciliari nei comuni di Bardolino e Garda

- 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): 73 ore e 30 minuti settimanali.

Zona Baldense

Giorno	San Zeno di Montagna (c/o Ambulatorio Comunale – Contrada Cà Montagna, 11)	Spiazzi (c/o Ambulatorio Comunale – Via Penne Nere, 1)	Ferrara di Monte Baldo (c/o Ambulatorio Comunale – Piazza G. Cantore, 12)
Lunedì	9.00-10.30 (*)		13.00 – 14.00 (%)
Martedì	9.00-10.30 (*)	13.00 – 14.00 (@)	
Mercoledì	9.00-10.30 (*)		13.00 – 14.00 (%)
Giovedì	9.00-10.30 (*)	13.00 – 14.00 (@)	
Venerdì	9.00-10.30 (*)		13.00 – 14.00 (%)
Sabato	9.00-10.30 (*)	13.00 – 14.00 (@)	
Domenica	9.00-10.30 (*)		13.00 – 14.00 (%)

(*) dalle ore 10.30 alle ore 12.00 per le visite domiciliari nel comune di San Zeno di Montagna

(@) dalle ore 14.00 alle ore 15.00 per le visite domiciliari nel comune di Spiazzi

(%) dalle ore 14.00 alle ore 15.00 per le visite domiciliari nel comune di Ferrara di Monte Baldo

- 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): 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.

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 1.7.2023 - 31.8.2023, 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 1.7.2023 - 31.8.2023, 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 1.7.2023 - 31.8.2023, 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 (albo on line → determinazioni dei dirigenti).

Gli incarichi avranno durata dal 1.7.2023 al 31.8.2023. In carenza di domande per l'intero periodo, potranno essere prese in considerazione eventuali domande riferite ad un singolo mese solare (in tal caso il medico deve specificarlo nella domanda – sezione “note”). La domanda di inserimento sarà 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'ATTIVITÀ.

Gli incarichi saranno assegnati ai medici aventi titolo, in condizioni di compatibilità (si ricorda, ad esempio, che il medico con incarico di continuità assistenziale – ex guardia medica - non può concorrere agli incarichi in parola in quanto supererebbe, complessivamente, le 38 ore settimanali; né, di converso, il medico incaricato per l'assistenza sanitaria di base ai turisti potrà espletare, durante l'incarico, eventuali incarichi di continuità assistenziale o altri incarichi/attività 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 veridicità 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'attività 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 di continuità assistenziale (euro 23,39 euro/ora), incrementato di una quota percentuale pari al 25% delle somme riscosse dagli utenti, cui va aggiunta l'indennità per l'uso del proprio automezzo per l'effettuazione delle visite domiciliari, qualora non sia disponibile un automezzo aziendale. Il trattamento fiscale è analogo a quello dei medici di continuità assistenziale, ossia assimilato ai redditi da lavoro dipendente, nulla variando rispetto al rapporto giuridico e previdenziale previsto per il medico addetto al servizio di assistenza sanitaria di base ai turisti (rapporto convenzionale).

Per quanto non previsto dal presente avviso, si rinvia alla normativa vigente in materia (artt. 32 e 67 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale - intesa del 23.03.2005 e s.m.i. - nelle more delle determinazioni regionali relativamente all'applicazione dell'art. 46 (Assistenza ai turisti e Visite Occasionali) dell'ACN Medicina Generale 28.4.2023 - e relativo 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 identità, entro il 9.6.2023, 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'attività.

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 responsabilità 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 altresì la facoltà di:

- modificare, sospendere o revocare il presente avviso qualora, a suo insindacabile giudizio, nel rispetto della vigente normativa in materia, ne rilevasse la necessità o l'opportunità;
- ridurre il numero di incarichi/ore a seguito di disponibilità, pervenute entro il termine del 22.5.2023, di medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale in servizio all'1.7.2023 presso la 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.

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 e P. A. e C. (tel. 0456712447-2388-2435; convenzioni@aulss9.veneto.it).

Il presente avviso e lo schema della domanda di partecipazione sono pubblicati sul sito internet www.aulss9.veneto.it (concorsi e avvisi e albo pretorio → avvisi per selezioni pubbliche).

Il Direttore Generale
(Dott. Pietro Girardi)





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 le 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 2023 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 2023.

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. 30, c. 7, lett. c) e art. 19, c. 2 - ACN Medicina Generale (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 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 continuità assistenziale 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 partecipante 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 della quota A 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 22: 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.