



Approvato con deliberazione del Commissario n. 184 del 23/02/2021

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 5 Polesana
www.aulss5.veneto.it - pec protocollo.aulss5@pecveneto.it

Indirizzo Viale Tre Martiri, 89 Rovigo
Cod. Fisc. / P. IVA 01013470297

U.O.C DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Prot. n. 18301

data, 25/02/2021

**AVVISO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLE GRADUATORIE AZIENDALI DI MEDICI
DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE DI MEDICO
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In esecuzione della deliberazione n. 1164 dell'11 agosto 2020, l'Azienda ULSS n. 5 Polesana intende formare graduatorie aziendali di disponibilità, valide per l'anno 2021, da cui attingere per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale.

La graduatoria viene formata ai sensi dell'art 15, comma 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale reso esecutivo con Intesa Stato/Regioni in data 23/03/2005 e smi, dell'Accordo Regionale per la medicina generale ex DGRV n. 4395 del 30/12/2005 e della DGRV n. 1164 dell'11/08/2020.

Gli incarichi provvisori e di sostituzione, di 24 ore settimanali, di medico di continuità assistenziale si svolgeranno presso le sedi aziendali e, se espressamente richiesto nella domanda, presso l'Istituto Penitenziario di Rovigo (Sanità Penitenziaria).

Le graduatorie dei medici disponibili per incarichi provvisori e di sostituzione saranno redatte ai sensi dell'art. 70 del citato ACN, **secondo i criteri e le priorità** stabiliti dall'Accordo Regionale 2005 ex DGRV n. 4395/2005 e dalla DGRV n. 1164 dell'11 agosto 2020, fatte salve diverse successive disposizioni nazionali e regionali in materia, come di seguito riportati:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2021, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 5 Polesana, nella Regione e da ultimo fuori Regione;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni, per le quali possono concorrere gli iscritti a tale corso in altre Regioni. I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (quindi in primis i frequentanti il 3° anno, a seguire i corsisti del 2° anno e del 1° anno) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, tenuto conto delle limitazioni previste dalla normativa vigente e con le verifiche del caso da parte delle Aziende ULSS conferenti l'incarico;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

- e) i medici iscritti ai corsi di specializzazione, per i quali si applicano agli incarichi provvisori le disposizioni di cui all'art. 70 comma 6 ACN vigente, ovvero la durata trimestrale degli stessi;
- f) i medici di cui alle lettere b), c), d) ed e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 5 Polesana, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Per i medici interessati a prestare attività presso l'**Istituto Penitenziario di Rovigo** (Sanità Penitenziaria), in servizio attivo nei giorni prefestivi e festivi, 24 ore su 24, attività di Continuità Assistenziale notturna nei giorni feriali ed ambulatoriale diurna; in considerazione delle peculiari esigenze assistenziali si provvederà a stilare una graduatoria distinta, con priorità, all'interno di ciascuno dei gruppi sopra citati (di cui alle lettere a), b), c), d), e). Si precisa che, essendo l'accesso alla Struttura Penitenziaria subordinato ad apposita autorizzazione da parte della Direzione dell'Istituto Penitenziario, l'eventuale mancato rilascio di tale autorizzazione, ovvero il ritiro della stessa, comporterà la revoca automatica e immediata dell'incarico.

REQUISITI

- I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.
- Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e smi, 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.
- In considerazione della necessità di dover assicurare anche gli interventi domiciliari o territoriali, i medici aspiranti all'incarico devono essere in possesso della patente di guida di categoria B o superiore.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

- **La domanda di inserimento nelle graduatorie aziendali, in regola con le norme in materia il bollo ed indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 5 Polesana devono pervenire entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell'Azienda. Le domande successivamente presentate saranno comunque considerate ai fini dell'aggiornamento delle graduatorie.**
- Le domande potranno essere presentate secondo le seguenti modalità:
 - consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS n. 5 Viale Tre Martiri n. 89 - Rovigo, orario di consegna dalle 9.00 alle 13.00 dal lunedì al venerdì e dal lunedì al giovedì dalle 15.00 alle 17.00;
 - a mezzo PEC al seguente indirizzo aziendale: **protocollo.aulss5@pecveneto.it**
- La sottoscrizione della domanda di partecipazione inviata tramite PEC deve essere effettuata con uno dei seguenti metodi: sottoscrizione effettuata tramite firma digitale del candidato oppure scansione della domanda cartacea con firma autografa del candidato unita a scansione di valido documento di riconoscimento.
- Non saranno prese in considerazione le domande redatte non utilizzando lo schema Allegato A) al presente avviso, non firmate e non debitamente compilate.
- L'Amministrazione declina fin d'ora ogni responsabilità per mancato buon fine delle 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 altri disguidi tecnico-informatici non imputabili all'Amministrazione stessa.
- Le domande pervenute antecedentemente alla pubblicazione del presente avviso dovranno essere ripresentate nei modi ed entro i termini sopra indicati. Diversamente non saranno tenute in considerazione.

PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE GRADUATORIE

- Le graduatorie verranno pubblicate, con successivo aggiornamento di norma semestrale, all'Albo pretorio on line, consultabile al seguente indirizzo internet: http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=57291
- Per l'eventuale conferimento degli incarichi i medici saranno interpellati **esclusivamente a mezzo mail indicato nella domanda.**
- I medici interessati dovranno far pervenire la domanda di partecipazione, redatta utilizzando esclusivamente lo schema allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte.

L'Amministrazione si riserva 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, dandone comunicazione nel sito istituzionale dell'Azienda.

La presentazione della domanda implica da parte dei concorrenti l'accettazione incondizionata di tutte le prescrizioni contenute nel presente avviso.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli interessati potranno contattare l'UOC Direzione Amministrativa Territoriale Sig.ra Chiara Pavarin (0425/394755) – Sig.ra Maria Rosa Fincato (0425/393972 0426/940620) nei seguenti orari dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00.

Il Commissario

Dr. F. Antonio Compostella



Applicare qui la
marca da bollo
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

ALL'AZIENDA ULSS N. 5 Polesana
Viale Tre Martiri, 89 Rovigo

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLE GRADUATORIE AZIENDALI PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- ANNO 2021 -**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

CHIEDE

di essere inserito/a nelle graduatorie aziendali dei medici disponibili al conferimento:

- di incarichi provvisori di 24 ore settimanali di medico di Continuità Assistenziale,
 di incarichi di sostituzione di 24 ore settimanali di medico di Continuità Assistenziale,
 di incarichi di 24 ore settimanali di medico di Continuità Assistenziale presso l'Istituto Penitenziario di Rovigo.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e smi, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e smi.,

DICHIARA

- 1) **di essere** nata/o a _____ il
_____, Codice fiscale _____;
- 2) **di essere** residente a _____ prov. (_____),
via _____ n. _____ CAP _____,
tel. _____, e-mail _____,
PEC _____;
- 3) **di essere** in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voti _____; per titoli conseguiti all'estero riportare gli estremi del provvedimento di riconoscimento _____;
- 4) **di aver** conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____ anno _____ sessione _____;

- 5) **di essere** iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ al n° _____ dal _____ e **di non avere** procedimenti disciplinari in corso;
- 6) **di essere / non essere** (*cancellare la voce che non interessa*) inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale valida per l'anno 2021 con punteggio _____;
- 7) **di essere / non essere in possesso** (*cancellare la voce che non interessa*) del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi. Se affermativo, conseguito presso:
 Regione Veneto, il _____,
 altra Regione _____, il _____;
- 8) **di essere / non essere iscritto** (*cancellare la voce che non interessa*) al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi. Se affermativo: anno di frequenza (1°, 2° 3° anno) _____ e data effettiva di inizio corso _____, in qualità di:
 ordinario e soprannumerario (ex L. 401/2000);
 avviso riservato (ex DL n. 35/2019 convertito in L. n. 60/2019, cd. Decreto Calabria),
presso:
 Regione Veneto,
 altra Regione _____;
- 9) **di essere / non essere** (*cancellare la voce che non interessa*) **in possesso** del Diploma di specializzazione in _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____, in data _____;
- 10) **di essere / non essere iscritto** (*cancellare la voce che non interessa*) al corso di specializzazione in _____ dal _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 11) **essere / non essere** (*cancellare la voce che non interessa*) a conoscenza di *essere / essere stato* sottoposto a procedimenti penali. In caso affermativo specificare come si è concluso il procedimento (es. archiviazione, patteggiamento, sentenza di condanna, ecc.) _____;
- 12) **di avere / non avere** (*cancellare la voce che non interessa*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli articoli 30, comma 7, lettera c) e 19, comma 2, ACN medicina generale vigente. In caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale _____;
- 13) **di essere / non essere** (*cancellare la voce che non interessa*) in possesso della patente di guida di categoria B o superiore; rilasciata da _____ valida fino al _____;

Riservato ai medici che chiedono di essere inseriti nella graduatoria per l'Istituto Penitenziario di Rovigo e che non si trovano in specifiche condizioni di incompatibilità per accedere alla stessa:

14) **di essere / non essere** (cancellare la voce che non interessa) **in possesso** di esperienza medica presso gli Istituti Penitenziari di seguito elencati (specificare con precisione gli incarichi ricoperti e le amministrazioni con le quali gli stessi sono stati instaurati, nonché i relativi periodi):

15) **avere / non avere** maturato esperienze lavorative preferibilmente nell'ambito della medicina d'urgenza, dell'anestesia e rianimazione (specificare con precisione gli incarichi ricoperti e le amministrazioni con le quali gli stessi sono stati instaurati, nonché i relativi periodi):

16) **avere / non avere conoscenza delle seguenti lingue (specificare quali):**

17) **avere / non avere conoscenze informatiche dei seguenti programmi (specificare quali):**

18) **altro:** _____

- _____;
- 19) di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse modificare la propria posizione come sopra segnalata;
- 20) di aver preso visione dell'Informativa sottostante in materia di privacy e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare il D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

In caso di invio a mezzo PEC dichiarare anche quanto segue
e compilare obbligatoriamente il punto 21

DICHIARA ALTRESÌ

21) di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:

↳ data e ora di emissione _____

↳ IDENTIFICATIVO n. _____;

22) di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;

23) di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

NOTE:

_____.

data, _____

firma _____

Allegato: fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità.

INFORMATIVA
per il trattamento dei dati personali,
ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare il
Decreto Legislativo n. 196/2003 e il D.lgs n. 101/2018

La presente Informativa viene resa dall'Azienda Ulss 5 Polesana (nel prosieguo "Azienda") ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e del D.lgs n. 196/2003 e s.m.i.

1. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è l'Azienda Ulss 5 Polesana con sede in Viale Tre Martiri, 89 ROVIGO.

2. Responsabile della protezione dei dati

Il Titolare ha nominato il responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona dell'Avvocato Piergiovanni Cervato dello Studio Legale Cervato Law & Business di Padova, indirizzo mail:rpd@aulss5.veneto.it.

3. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno, preventivamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

4. Finalità trattamento dati

I Suoi Dati personali sono trattati dall'Azienda per finalità connesse o strumentali allo svolgimento dell'attività di ricerca e selezione dei candidati, in particolare, per la predisposizione delle graduatorie aziendali per l'anno 2021 per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale ai sensi dell'ACN per i Medici di Medicina Generale 23/03/2005 e ss.mm.ii. Il trattamento, necessario all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta, è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti; il Suo consenso è necessario solo qualora Lei comunichi dati personali appartenenti a categorie particolari (ad esempio, appartenenza a categorie protette o adesione a sindacati).

5. Destinatari 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 DPR 28.12.2000 n. 445 e s.m.i, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso di eventuale instaurazione del rapporto convenzionale con l'Azienda.

6. Trasferimento dei dati personali ai paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

7. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e/o automatizzata, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati.

8. Periodo di conservazione dei dati

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. Diritti degli interessati

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e degli articoli 15-22 del GDPR 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 , ai sensi dell'art. 77 del GDPR. (In Italia il Garante per la protezione dei dati personali).

Lei potrà esercitare i diritti sopra citati contattando il Titolare del trattamento – Azienda Ulss 5 Polesana – tramite posta elettronica certificata alla casella PEC protocollo@aulss5@pecveneto.it o tramite semplice mail alla casella istituzionale protocollo@aulss5.veneto.it.

10. Natura del conferimento dati e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

Il sottoscritto _____ presa visione dell'informativa di cui sopra, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____