



**Approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 239 del 12/05/2021**

Medicina Convenzionata – Assistenza Primaria

## **Avviso per n. 1 incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale (Assistenza Primaria)**

E' indetto avviso per il conferimento del seguente incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale (Assistenza Primaria):

- Distretto di Adria, Terzo Ambito (Comune di Porto Tolle), **apertura dell'ambulatorio presso la Medicina di Gruppo di Porto Tolle ed apertura degli ambulatori periferici presso le frazioni di Polesine Camerini e di Tolle - CIRCA 1500 SCELTE - con decorrenza 16/06/2021.**

L'incarico avrà durata comunque inferiore a 12 mesi ovvero fino alla data di inserimento del medico di Medicina Generale avente diritto all'incarico a tempo indeterminato, secondo le modalità previste dall'art. 38 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – Intesa del 23/05/2005 e s.m.i..

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi, con priorità per i medici residenti nell'ambito territoriale carente prescelto:

- a) i medici iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2021;
- 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 nella Regione Veneto;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12.1994.

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 28/05/2021, esclusivamente mediante spedizione a mezzo pec all'indirizzo: **protocollo.aulss5@pecveneto.it**.

L'Azienda non si assume alcuna responsabilità in caso di eventuali disguidi informatici che non consentano il corretto recapito della PEC.

**Saranno escluse dalla graduatoria utile per il conferimento degli incarichi le domande prive di sottoscrizione, quelle non corredate da copia di documento di identità in corso di validità, nonché le domande di partecipazione trasmesse oltre il termine perentorio di scadenza sopra citato.**

Nella domanda di partecipazione il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità, 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):

- a) data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) iscrizione all'albo professionale;
- c) posizione ricoperta nella vigente graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale (Anno 2021), con relativo punteggio;
- d) il domicilio o l'indirizzo presso il quale devono, ad ogni effetto, essere inviate le necessarie comunicazioni. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata alla lettera a);
- e) il recapito telefonico, l'indirizzo pec e/o di posta elettronica;
- f) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico in parola, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN).

Nella domanda il candidato dovrà barrare con una "x" la casella relativa all'ambito prescelto.

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico resosi disponibile.

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.

L'Avviso ed il fac-simile di domanda sono disponibili presso la UOC Direzione Amministrativa Territoriale dell'Azienda ULSS n. 5 Polesana e pubblicato sul sito: [http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a\\_id=57291](http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=57291)

Per eventuali chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione Amministrativa Territoriale (0425/393619 -0425/393970).

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – intesa 23.05.2005 e s.m.i. ([www.sisac.info](http://www.sisac.info)) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

 **Il Direttore Generale**

  
Dott.ssa Patrizia Simionato

Spett.le

Azienda ULSS n. 5 Polesana

UOC Direzione Amministrativa Territoriale

V.le Tre Martiri, 89

**45100 ROVIGO**

PEC: [protocollo.aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss5@pecveneto.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA).**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

**PRESENTA**

**Domanda di partecipazione per ricoprire l'incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale (Assistenza Primaria):**

Distretto di Adria, Terzo Ambito (Comune di Porto Tolle), apertura dell'ambulatorio presso la Medicina di Gruppo di Porto Tolle ed apertura degli ambulatori periferici presso le frazioni di Polesine Camerini e di Tolle - CIRCA 1500 SCELTE decorrenza dal 16/06/2021.

**A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà):**

**DICHIARA**

1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ ;

2) di essere in possesso del 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 di riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: \_\_\_\_\_) e abilitat\_ all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

3) di essere iscritt\_ all'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di non avere procedimenti disciplinari in corso;

4) di essere – non essere inserit\_ (1) nella graduatoria definitiva Medici di Medicina Generale della Regione del Veneto valida per l'anno 2021 con il punteggio \_\_\_\_\_;

5) di essere/non essere (1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 368/99 e s.m.i. Se affermativo, conseguito presso:

Regione Veneto, il \_\_\_\_\_

Altra Regione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

6) di essere / non essere iscritto (1) 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 \_\_\_\_\_;

7) di essere / non essere (1) in possesso del Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;

8) di essere / non essere iscritto (1) al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

9) di essere - non essere (1) 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 (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_;

10) essere/non essere (1) 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) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte Periodo: dal \_\_\_\_\_;

12) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ ;

13) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_:

14) avere/non avere (1) 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) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

16) operare/non operare (1) 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. (2) Organismo \_\_\_\_\_ ore sett.

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) operare/non operare (1) 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: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

21) essere/non essere (1) 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) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

23) svolgere/non svolgere (1) 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 scrive: nessuna)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

24) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

25) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 9, 10 11 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 12,13,14,15):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

26) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

27) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 20: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

28) essere/non essere 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)

29) essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

30) avere/non avere subito procedimenti disciplinari da parte del Collegio Arbitrale regionale \_\_\_\_\_;

- in caso affermativo specificare la data \_\_\_\_\_ e la sanzione riportata

31) di essere / non essere (1) in possesso della patente di guida di categoria B o superiore; rilasciata da \_\_\_\_\_ valida fino al \_\_\_\_\_.

I\_sottoscritt\_dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna:

a) a comunicare all'Azienda Ulss 5 Polesana, entro 5 giorni lavorativi dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;

b) far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dell'incarico di medico di medicina generale – Assistenza Primaria attribuito da questa Azienda Ulss.

\_l\_sottoscrit\_dichiara altresì:

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo su cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a;

a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di € 16,00 applicata è la seguente;

data di emissione: \_\_\_\_\_

IDENTIFICATIVO N: \_\_\_\_\_



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

Firma

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

**1) Allegato: Copia documento d'identità in corso di validità.**

**INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del  
Regolamento Europeo n. 679/2016**

La presente Informativa viene resa dall'Azienda Ulss 5 Polesana (nel prosieguo "Azienda") ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento 8UE) 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

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

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.

**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.

**Finalità trattamento dati:** il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda ai fine dell'acquisizione di personale convenzionato ed, in particolare, per la procedura selettiva per il conferimento di un incarico provvisorio di medico di medicina generale – Assistenza Primaria.

**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 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso di eventuale instaurazione del rapporto convenzionale con l'Azienda.

**Trasferimento dei dati personali ai paesi extra UE:** I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

**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.

**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.

**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 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 siano trattati illecitamente;
- di opporsi al trattamento dei 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 di Rovigo – tramite posta elettronica certificata alla casella PEC [protocollo@aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo@aulss5@pecveneto.it) o tramite semplice mail alla casella istituzionale [protocollo@aulss5.veneto.it](mailto:protocollo@aulss5.veneto.it).

**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**

\_\_\_\_\_