

Medicina Convenzionata – Assistenza Primaria

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

Deliberazione del Direttore Generale n. 1059 del 16/12/2020

E' indetto avviso per il conferimento del seguente incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale (Assistenza Primaria), con decorrenza 01.2.2021:

- Distretto di Adria, Secondo Ambito (Ariano nel Polesine, Corbola, Taglio di Po),
ambulatorio presso il Comune di Corbola CIRCA 1400 SCELTE.

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. salvo e/o compatibilmente all'assegnazione da parte di Azienda Zero di incarichi temporanei relativi alle Zone carenti 2020 non ancora assegnate negli Ambiti sopra citati.

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

a) i medici iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Medicina Generale valida per l'anno 2020;

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.

In assenza di domande da parte dei suddetti medici, l'Azienda Ulss 5 si riserva di prendere in considerazione eventuali domande presentate da:

- medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Veneto;
- 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 30/12/2020**, 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 2020), 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.

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

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) 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

Dr. F. Antonio Compostella



Spett.le

Azienda ULSS n. 5 Polesana

UOC Direzione Amministrativa Territoriale

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

PEC: 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 _____

email _____

PRESENTA

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

Distretto di Adria, Secondo Ambito (Ariano nel Polesine, Corbola, Taglio di Po), ambulatorio presso il Comune di Corbola

- DECORRENZA 01/02/2021.

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 _____;

4) di essere – non essere inserit_ (1) nella graduatoria definitiva Medici di Medicina Generale della Regione del Veneto valida per l'anno 2020 con il punteggio di _____;

5) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso la Scuola di _____

6) 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 _____

7) 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 _____

8) 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 _____

9) 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. _____

10) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

11) 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 _____

12) 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)

13) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 (fatto salvo quanto previsto all'art. 9, comma 1, del D.L. 14/12/2018 n. 135 convertito con modificazioni dalla Legge 11/02/2019 n. 12 e all'art. 12, comma 3 del DL 30/04/2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25/06/2019 n. 60) o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

14) 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 _____

15) 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 _____

16) 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 _____

17) 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 _____

18) 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 _____

19) 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:

20) 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 _____

21) 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 _____

22) 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 _____

23) 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. 6, 7, 8 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 9, 10, 11, 12):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

25) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

26) 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)

27) 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;

28) avere/non avere subito procedimenti disciplinari da parte del Collegio Arbitrale regionale _____;

- in caso affermativo specificare la data _____ e la sanzione riportata

30)

essere/non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine;

- in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare

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 ~~pediatra di libera scelta~~ attribuito da questa Azienda Ulss.

 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"

**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 o tramite semplice mail alla casella istituzionale 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
