


UOC Direzione Amministrativa Territoriale

Direttore: Dott. Giuseppe Gagni

 e-mail: giuseppe.gagni@aulss5.veneto.it

 PEC protocollo.aulss5@pecveneto.it

Rovigo 27/02/2026

Prot. n. 20244 / IX.1.4.63

PUBBLICAZIONE A TEMPO INDETERMINATO:
1 marzo 2026

1° Trimestre 2026 si pubblicano i sotto elencati turni vacanti dell'Azienda ULSS 5 Polesana:

Branca di:	Sedi:	Note:
Neurologia <u>n. 17 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Rovigo: Punto Sanità Lendinara Lunedì: 08:00-13:30; 14:00-17:30 Punto Sanità Castelmassa Martedì: 09:00-13:30; 14:00-17:30	È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani.
Neurologia <u>n. 18 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Rovigo: Punto Sanità Lendinara Martedì: 08:00-14:00 Punto Sanità Badia Polesine Giovedì: 08:00-14:00 Punto Sanità Castelmassa Venerdì: 08:00-14:00	È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani.
Oculistica <u>n. 12 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Adria: Martedì: 08:00-13:30 Venerdì: 08:00-13:30	
Oculistica <u>n. 26 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Rovigo: Punto Sanità Badia Polesine Martedì: 08:00-14:00 Punto Sanità Lendinara Mercoledì: 08:30-13:30; 14:00-	

	<p>17:00</p> <p>Punto Sanità Badia Polesine Giovedì: 08:00-14:00</p> <p>Punto Sanità Lendinara Venerdì: 08:00-14:00</p>	
<p><u>Pediatria</u> <u>n. 6 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo Sedi da definire in relazione all'organizzazione aziendale</p>	<p>Specifiche competenze: esperienza in cardiologia pediatrica e abilità nella diagnostica ecografica ed elettrocardiografica pediatrica.</p>
<p><u>Ostetricia e Ginecologia</u> <u>n. 6 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo</p> <p>Punto Sanità di Occhiobello Consultorio familiare Giovedì: 08:30-14:30</p>	
<p><u>Ostetricia e Ginecologia</u> <u>n. 8 ore e 30 minuti</u> <u>sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Adria</p> <p>Ospedale Civile di Adria Consultorio familiare Lunedì: 08:30-17:30</p>	
<p><u>Ostetricia e Ginecologia</u> <u>n. 17 ore e 30 minuti</u> <u>sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Adria</p> <p>Punto Sanità di Porto Tolle – ZONA DISAGIATISSIMA* Consultorio familiare Attività Specialistica Ambulatoriale Martedì: 08:30-14:30</p> <p>Punto Sanità di Taglio di Po Consultorio familiare Mercoledì: 08:30-14:00</p> <p>Punto Sanità di Porto Viro. Consultorio familiare Giovedì: 08:30-14:30</p>	<p>* Essendo in corso lavori di ristrutturazione la sede provvisoria sarà Taglio di Po fino alla conclusione dei lavori.</p>
<p><u>Ostetricia e Ginecologia</u> <u>n. 5 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo</p> <p>Consultorio familiare di Trecenta</p>	
<p><u>Geriatrics</u> <u>n. 19 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Adria Attività presso l'Ospedale di Comunità di Adria</p>	<p>È previsto anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani.</p>

<p><u>Geriatrics</u> <u>n. 9 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo Attività presso l'Ospedale di Comunità di Trecenta</p>	<p>È previsto anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani.</p>
<p><u>Dermatology</u> <u>n. 30 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo</p> <p>Punto Sanità di Castelmassa: Lunedì: 09:30-13:30</p> <p>Ospedale Civile di Trecenta: Lunedì: 14:00-17:00 Mercoledì: 14:00-17:00</p> <p>Punto Sanità di Badia Polesine: Martedì: 09:15-13:15</p> <p>Punto Sanità di Lendinara: Mercoledì: 08:30-13:30 Giovedì: 08:00-13:30 Venerdì: 08:30-14:00</p>	<p>È previsto anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani.</p>
<p><u>Pediatrics</u> <u>n. 10 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo e Distretto di Adria Attività: Consultoriale Vaccinale Ambulatoriale</p>	
<p><u>Psychiatry</u> <u>n. 8 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Adria Centro Salute Mentale</p>	
<p><u>Allergology</u> <u>n. 7 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo</p> <p>Punto Sanità Cittadella Socio Sanitaria di Rovigo Martedì: 08:30-13.30; 14:30- 16:30</p>	
<p><u>Allergology</u> <u>n. 21 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u></p>	<p>Distretto di Rovigo</p> <p>Punto Sanità Cittadella Socio Sanitaria di Rovigo Martedì: 08:00-13.30; 14:30- 17:00 Giovedì: 08:00-13.30; 14:30- 17:00 Venerdì: 08:30-13:30</p>	

<u>Cardiologia</u> <u>n. 38 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Azienda Ulss 5 Sedi da definire in relazione all'organizzazione aziendale	È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani
<u>Cardiologia</u> <u>n. 38 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Azienda Ulss 5 Sedi da definire in relazione all'organizzazione aziendale	È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari e presso Centro Servizi per anziani
<u>Urologia</u> <u>n. 4 ore sett.li</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Rovigo Punto Sanità Lendinara Venerdì: 09:00-13:00	
<u>Fisiochinesiterapia</u> <u>n. 34 ore</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Adria	È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari, presso Centro Servizi per anziani, presso l'ODC e l'URT.
<u>Malattie infettive</u> <u>n. 15 ore</u> <u>INDIVISIBILI</u>	Distretto di Adria e di Rovigo	L'orario di lavoro prevede lo svolgimento di incontri con Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Medici incaricati di assistenza protetta presso i Centri Servizi per Anziani, attività di consulenza per i Medici territoriali al fine di ottemperare alle azioni indicate nel Piano Regionale di stewardship per l'implementazione della corretta prescrizione degli antimicrobici sul territorio.

Gli specialisti/professionisti interessati sono invitati ad inviare all'Azienda Ulss 5 Polesana la propria disponibilità, utilizzando il fac-simile di domanda allegato al presente bando, per posta elettronica certificata (protocollo.aulss5@pecveneto.it) dal 01/03/2026 al 15/03/2026.

L'Azienda Ulss 5 sulla base delle dichiarazioni di disponibilità pervenute nei termini individuerà l'avente diritto secondo l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 comma 6 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 05/02/2026. L'ordine di individuazione sarà pubblicato sul sito dell'Azienda Ulss 5 nella sezione Comitato Zonale – Esiti pubblicazione.

In relazione ai requisiti richiesti, ai sensi dell'art. 21, comma 4 del dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 05/02/2026, gli interessati dovranno produrre in originale o in copia conforme all'originale oppure con dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000, la documentazione (titoli accademici e titoli professionali conseguiti presso Aziende del SSN ex art. 32 AIR DGRV 1386 del 12/10/2021) atta a dimostrare il possesso dei requisiti richiesti, nonché allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità, pena la mancata valutazione del possesso dei requisiti.

Si specifica che anche il curriculum vitae, debitamente firmato, deve essere reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Il Direttore UOC
Direzione Amministrativa Territoriale
Dott. Giuseppe Gagni

Referente dell'Istruttoria: **Dott. Giacomo Scarabello**
Tel. 0425/393929
e-mail: giacomo.scarabello@aulss5.veneto.it


COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'ASSEGNAZIONE

ai sensi dell'articolo 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali", esecutivo dal 05/02/2026;

Modalità d'invio:

- a mezzo PEC all'indirizzo: protocollo.aulss5@pecveneto.it

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

_____ C.A.P. _____ (prov. di _____)

Via _____ n. _____

recapiti telefonici _____

indirizzo di Posta Elettronica _____

PEC: _____

COMUNICA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ ALL'ACQUISIZIONE DEI SEGUENTI INCARICHI:

➤ n. ore _____ branca di _____ presso _____

Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____

➤ n. ore _____ branca di _____ presso _____

Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____

➤ n. ore _____ branca di _____ presso _____

Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____

➤ n. ore _____ branca di _____ presso _____

Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____

per nuovo incarico

per aumento orario

per trasferimento

a tal fine dichiara

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. n. 445/2000 consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

a) **di possedere** la cittadinanza italiana ovvero di possedere la cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE di seguito specificato _____

b) **di essere iscritto** all'Albo professionale:

medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;

presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____

dal _____

c) **di possedere** il diploma di laurea della classe corrispondente in:

medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; biologia

chimica ; psicologia . Conseguito presso l'Università di _____ in data

_____ con voto _____/110 con lode senza lode

d) **di aver conseguito** la specializzazione in _____

il _____ presso l'Università/Scuola di specializzazione in

_____ con voto _____/110 con lode senza lode

e) **di aver conseguito** la specializzazione in _____

il _____ presso l'Università/Scuola di specializzazione in

_____ con voto _____/110 con lode senza lode

(per i turni di Odontoiatria) di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal _____

Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35

della legge 56/1989 dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il

Provvedimento _____ (numero e data) Ordine _____

Numero e data del Provvedimento _____

- fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15/10/1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza;
- beneficiare delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'EMPAM e degli altri enti previdenziali, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'art. 54.

BARRARE LA VOCE CHE NON INTERESSA

- **essere / non essere** a conoscenza di essere stato sottoposto a procedimenti penali - in caso affermativo specificare come si è concluso il procedimento (es. archiviazione, patteggiamento, sentenza di condanna, ecc.)

- **avere / non avere** riportato condanne per i reati di cui agli articoli del codice penale 600 bis – Prostituzione minorile; 600 ter – Pornografia minorile; 600 quater – Detenzione di materiale pornografico; 600 quinquies – Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; 609 undecies – Adescamento di minorenni; acconsente a richiedere il proprio certificato del casellario giudiziale;
- **essere / non essere** destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- **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;
- **avere / non avere** subito procedimenti disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, specificare la violazione contestata, se il procedimento si è concluso, e con quale esito _____
- **essere / non essere** soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei/degli _____ - in caso affermativo specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo)

di essere (BARRARE UNA E UNA SOLA CASELLA TRA LE SEGUENTI):

- ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. a):**
titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio:
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. b):

titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51:

per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. c):

titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. d):

specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico:

per n. ore _____ dal _____ branca di _____
presso _____
per n. ore _____ dal _____ branca di _____
presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. e):

specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione:

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. f):

titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. g):

titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. h):

specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalle graduatorie e l'impossibilità di concorrere all'assegnazione di incarichi ai sensi della presente lettera.

inserito nella graduatoria provinciale di Rovigo per l'anno _____

nella branca di _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. i):

specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. j):

medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.

a) medico di medicina generale dal _____ presso _____

b) specialista pediatra di libera scelta dal _____ presso _____

c) medico dipendente del SSN dal _____ presso _____

precisa

- se soggetto a riduzione oraria ai sensi **dell'art. 31 co. 5** negli ultimi 12 mesi riportare la data di decorrenza della riduzione stessa: _____;
- aver maturato un'anzianità di almeno 18 mesi nell'incarico in atto come specialista ambulatoriale interno, nel caso in cui sia necessario un trasferimento di ore (previa rinuncia) per il rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali.

L'anzianità di cui sopra deve essere maturata alla scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità. SI NO

Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

**DA COMPILARE SOLO PER LA DISPONIBILITÀ ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI
CON RICHIESTA DI POSSESSO DI PARTICOLARI CAPACITÀ PROFESSIONALI**

- aver conseguito i seguenti titoli accademici relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico:
 - _____
presso _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
 - _____
presso _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
 - _____
presso _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
- avere svolto/svolgere la seguente attività professionale relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto (indicare dettagliatamente la sede presso la quale è stata svolta l'attività in modo tale che questo ufficio possa effettuare i controlli previsti):
 - Ente datore di lavoro _____
sede _____ tipo di
rapporto di lavoro _____ dal _____ al _____ nella specialità
di _____ svolgendo
le seguenti attività: _____

○ Ente datore di lavoro _____
sede _____ tipo di
rapporto di lavoro _____ dal _____ al _____ nella specialità
di _____ svolgendo
le seguenti attività: _____

○ Ente datore di lavoro _____
sede _____ tipo di
rapporto di lavoro _____ dal _____ al _____ nella specialità
di _____ svolgendo
le seguenti attività: _____

**SE SI TRATTA DI TURNI CON RICHIESTA DI SPECIFICHE CAPACITÀ PROFESSIONALI È
INDISPENSABILE IL PROPRIO CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

A sensi del vigente Air (DGRV -1386 del 12/10/2021) la Commissione tecnica aziendale:

a) valuta la documentazione prodotta dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46-47 del DPR n. 445/2000 e smi;

b) dichiara l'idoneità o meno dei candidati, sulla base unicamente dei titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e IZS, senza redigere alcuna graduatoria

Allega alla presente i seguenti documenti:

Eventuali ulteriori informazioni:

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda sede del Comitato Zonale di Rovigo, con tutta l'urgenza consentita e comunque non oltre quindici giorni dal suo verificarsi, ogni variazione che dovesse insorgere a modifica della posizione segnalata con il presente documento.

Luogo

data

**Firma per esteso in originale
(leggibile)**

N.B.

ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 UE 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 come Responsabile della protezione dei dati (RPD), Compliance Officer e Data Protection di Polito dott.ssa Filomena 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 per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla verifica dell'incompatibilità al fine del conferimento dell'incarico a tempo determinato/indeterminato ai sensi dell'A.C.N. del 05/02/2026 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

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 all'interno del fascicolo personale per un tempo illimitato.

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

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'