

Approvato con DDG n. 952 del 17/11/2021

**AVVISO PER L'AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO AZIENDALE –
SEZIONI C, D, E – DEI MEDICI DISPONIBILI ALL'INCARICO DI
MEDICO CURANTE NELLE STRUTTURE PROTETTE
CONTRATTUALIZZATE CON L'AZIENDA ULSS 5 POLESANA - ANNO
2022**

In esecuzione della Delibera della Giunta Regionale n. 1231 del 14/08/2018, si rende noto che l'Azienda ULSS n. 5 Polesana intende procedere ad aggiornare l'**“Elenco Aziendale” – Sezioni C, D, E** – dei Medici disponibili all'incarico di Medico Curante nei Centri Servizi, nelle RSA per disabili contrattualizzate e nella RSSP “Il Pioppeto” di Ficarolo.

Le disponibilità saranno valutate secondo i seguenti criteri di priorità:

1. **SEZIONE C:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
2. **SEZIONE D:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e NON ANCORA inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
3. **SEZIONE E:** Medici di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria o altri profili attinenti al ruolo di medico curante, anche convenzionati con altra Azienda ULSS, senza che l'incarico conferito dal Centro Servizi comporti incompatibilità, come previsto dall'art. 17, co. 2, lett. c) dell'ACN.

L'Elenco Aziendale, istituito presso l'Azienda ULSS verrà aggiornato con cadenza almeno annuale.

I Centri di Servizi e le Strutture Residenziali presso i quali l'Azienda ULSS è tenuta a garantire l'assistenza medica sono i seguenti:

DISTRETTO DI ROVIGO

- IRAS Rovigo
- Casa Albergo per Anziani - Lendinara
- Casa Sacra Famiglia - Fratta Polesine (Centro Servizi anziani e RSA disabili)
- Casa S. Antonio - Trecenta
- Centro Servizi S. Villa C. Resemini - Stienta
- La Residence – Ficarolo
- La Quietè - Fiesso Umbertiano
- Residenza Anni Azzurri - Villadose
- R.S.A. S. MARTINO - Castelmassa
- Casa del Sorriso - Badia Polesine
- C.S. Casa di Cura Città di Rovigo
- Fondazione S. Salvatore - Ficarolo
- Casa di Riposo San Gaetano – Crespino
- RSA per disabili “Il Pioppeto” - ISTITUTI POLESANI – Ficarolo
- RSSP per utenti psichiatrici “Il Pioppeto” - ISTITUTI POLESANI – Ficarolo

DISTRETTO DI ADRIA

- Casa di Riposo Opera Pia "F. Bottoni" Papozze
- Casa di Riposo "Ing. A. Pedrelli" Ariano nel Polesine
- Casa di Riposo "Madonna del Vaiolo" Taglio di Po
- Casa di Riposo "Villa Agopian" - Corbola
- Casa di Riposo "Villa Tamerici" - Porto Viro
- Centro Servizi Anziani Adria
- Centro Servizi San Nicolò - Porto Tolle
- La Rosa dei Venti – Rosolina
- RSA “Il Gabbiano” - Porto Viro

L'Elenco in parola **non costituisce graduatoria di merito** e, integrato con le Sezioni A e B relative alle disponibilità manifestate dai Medici di Assistenza Primaria (MAP) e dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA), verrà utilizzato dall'Azienda ULSS per assicurare l'assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti presenti nei Centri Servizi, nelle Rsa per disabili e nella RSSP per utenti psichiatrici “Il Pioppeto” di Ficarolo, incaricando uno o più medici individuati dal Direttore Generale in accordo con il Rappresentante Legale della Struttura Residenziale interessata.

Al fine di aggiornare l'“**Elenco Aziendale**” – **Sezioni C, D, E** – dei Medici disponibili all'incarico di Medico Curante nelle Strutture Residenziali

sopraindicate, i medici interessati dovranno inoltrare apposita domanda, secondo il modello allegato, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità, all'**Azienda ULSS n. 5 Polesana - UOC Direzione Amministrativa Territoriale**, preferibilmente a mezzo pec alla casella protocollo.aulss5@pecveneto.it o a mezzo raccomandata A/R indirizzata alla sede dell'**Azienda ULSS 5 Polesana, Viale Tre Martiri 89 – 45100 Rovigo**, o consegnata a mano direttamente all'**Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 5 Polesana**.

L'Avviso ed il fac-simile di domanda sono pubblicati sul sito Aziendale sito: http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=57291

Per eventuali informazioni contattare i seguenti numeri: 0425/393607-3619.

Il presente AVVISO rimarrà pubblicato per l'interno anno 2022 ed i medici disponibili potranno presentare domanda in qualsiasi momento.

Per quanto non previsto nel presente Avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla DGR n. 1231 del 14/08/2018 ed ai relativi accordi regionali ed aziendali vigenti in materia.

Il Direttore Generale

Dr.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

OGGETTO: DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO AZIENDALE, SEZIONI C, D, E DEI MEDICI DISPONIBILI ALL'INCARICO DI MEDICO CURANTE NEI CENTRI DI SERVIZI, NELLE RSA E NELLA RSSP IL PIOPPETO, CONTRATTUALIZZATI CON L'AZIENDAL ULSS 5 POLESANA.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Tel/cell _____ PEC _____

email _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'Elenco Aziendale dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nelle strutture residenziali contrattualizzate con l'Azienda Ulss 5 Polesana, relativo alla seguente sezione (barrare la sezione di interesse):

- SEZIONE C
- SEZIONE D
- SEZIONE E

Esprimendo la propria disponibilità ad operare presso le strutture residenziali operanti sul territorio (se si vogliono esprimere delle preferenze, barrare una o più caselle in corrispondenza delle sottoelencate strutture):

DISTRETTO DI ROVIGO

- IRAS Rovigo
- Casa Albergo per Anziani - Lendinara
- Centro Servizi anziani Casa Sacra Famiglia - Fratta Polesine

- RSA per disabili Casa Sacra Famiglia - Fratta Polesine
- Casa S. Antonio - Trecenta
- Centro Servizi S. Villa C. Resemini - Stienta
- La Residence – Ficarolo
- La Quietè - Fiesso Umbertiano
- Residenza Anni Azzurri - Villadose
- R.S.A. S. MARTINO - Castelmasa
- Casa del Sorriso - Badia Polesine
- Centro Servizi Città di Rovigo
- Residenza S. Salvatore - Ficarolo
- Casa di Riposo San Gaetano – Crespino
- RSA per disabili “Il Pioppeto” - ISTITUTI POLESANI – Ficarolo
- RSSP per utenti psichiatrici “Il Pioppeto” - ISTITUTI POLESANI – Ficarolo

DISTRETTO DI ADRIA

- Casa di Riposo Opera Pia "F. Bottoni" Papozze
- Casa di Riposo "Ing. A. Pedrelli" Ariano nel Polesine
- Casa di Riposo "Madonna del Vaiolo" Taglio di Po
- Casa di Riposo "Villa Agopian" - Corbola
- Casa di Riposo "Villa Tamerici" – Porto Viro
- RSA “Il Gabbiano” - Porto Viro
- Centro Servizi Anziani Adria
- Centro Servizi San Nicolò - Porto Tolle
- La Rosa dei Venti – Rosolina

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. artt. 46 e 47)

A tal fine, consapevole delle conseguenze previste dall’art. 75 del DPR 445/2000 e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Per esprimere la propria scelta tra le diverse opzioni previste nei punti successivi, barrare la casella corrispondente alla dichiarazione che si intende rendere. Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce alle dichiarazioni, alla voce "NOTE"

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 _____ dal _____;

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

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

(barrare solo se si chiede l'iscrizione alle sezioni C o D);

6) di essere in possesso di comprovata esperienza in ambito geriatrico maturata presso _____
_____ nel periodo dal _____
al _____

(barrare solo se si chiede l'iscrizione alla sezione E) (se lo spazio è insufficiente continuare nella sezione NOTE in calce)

7) di essere in possesso del diploma di specializzazione in: Geriatria
 Medicina Interna Fisiatria Altra specializzazione inerente al ruolo di medico curante, anche convenzionato con altra Azienda ULSS (barrare solo se si chiede

l'iscrizione alla sezione E): indicare denominazione dell'Università e data di conseguimento _____

8) di essere di 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 (specificare):

Soggetto _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

ore settimanali _____ decorrenza dal: _____

9) di essere di 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 _____ (specificare)

Azienda _____

10) di essere di non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ (specificare) Azienda _____

11) di essere di non essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

a tempo indeterminato

a tempo determinato

Azienda _____

branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____

branca _____ ore settimanali _____

12) di essere di non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

13) di essere di non essere titolare di incarico di guardia medica, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato a tempo determinato

nella Regione in altra regione (specificare)

Regione _____ Azienda _____

ore settimanali _____

in forma attiva in forma di disponibilità

14) di essere di non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.s n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Decorrenza dal _____

15) di operare di 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 _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Decorrenza dal _____

16) di svolgere di non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 626/94 e s.m.i.:

Azienda _____

Via _____ Comune di _____

ore settimanali _____

decorrenza dal _____

17) di svolgere di non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ via _____

Comune di _____

Decorrenza: dal _____

18) di avere di non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (specificare) _____

Decorrenza dal _____

19)) di essere di non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o di esercitare di non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale: (specificare) _____

20) di fruire di non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Decorrenza dal _____

21) di svolgere di 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)

specificare: _____

Decorrenza dal _____

22) di essere di non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (specificare)

Azienda _____ Comune _____

ore settimanali _____ Tipo di attività _____

Decorrenza dal _____

23) di operare di non operare 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. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Decorrenza dal _____

24) di essere di non essere titolare di trattamento di pensione:
(specificare)

Decorrenza: dal _____

25) di fruire di non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli indicati in precedenza: (specificare soggetto erogante il trattamento pensionistico)

Pensionato dal _____

26) di essere di 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) di essere di 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) di avere di non avere subito procedimenti disciplinari da parte del Collegio Arbitrale regionale;

- in caso affermativo specificare la data e la sanzione riportata

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

- in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare

30) di essere di non essere incorso in risoluzioni anticipate di incarichi precedenti; in caso affermativo specificare quali _____

NOTE:

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 far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dell'incarico di medico curante presso la Struttura Residenziale autorizzata da questa Azienda Ulss.

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di un documento di identità in corso di validità.

Data _____ **firma** _____

**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 un responsabile della protezione dei dati (DPO), che l'Interessato potrà contattare scrivendo al seguente recapito: rpd@aulss5.veneto.it.

Finalità e base giuridica del trattamento

Il Titolare tratterà i dati personali, raccolti presso l'interessato e/o presso soggetti terzi (es. ufficio del casellario giudiziale, Università, cooperative, ecc.) al fine di adottare le misure precontrattuali, adempiere agli obblighi legali e contrattuali connessi all'instaurando rapporto e al successivo rapporto in essere - compresi la quantificazione e il pagamento del compenso/rimborso spese dell'Interessato o di terzi (es. Università, cooperative, ecc.), nonché per perseguire il legittimo interesse alla corretta gestione dei rapporti con l'Interessato e con soggetti terzi, oltre che dell'eventuale contenzioso.

Per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti propri o dell'Interessato in materia di diritto del lavoro, il Titolare tratterà dati che la legge definisce particolari in quanto idonei a rivelare l'appartenenza sindacale, le opinioni politiche o le convinzioni religiose, oltre che i dati relativi alla salute, compresa l'idoneità o meno a determinate mansioni e l'indicazione di specifiche prescrizioni/limitazioni.

Nell'adempimento di obblighi cui è tenuto il Titolare, potranno altresì essere oggetto di trattamento i dati personali relativi a condanne penali, reati o misure di sicurezza.

La base giuridica è costituita dalla necessità del trattamento per il perseguimento delle sopra esposte finalità.

Categorie di destinatari

Il Titolare diffonderà i dati nei casi previsti dalla legge e intende altresì comunicarli a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni, nonché alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- Enti pubblici (INPS, INAIL, Ispettorato territoriale del lavoro, Agenzia delle Entrate...);
- fondi o casse anche private di previdenza e assistenza;

- studi medici in adempimento degli obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro;
- società e professionisti di elaborazione paghe;
- professionisti o società di servizi;
- società di assicurazioni;
- istituti di credito;
- organizzazioni sindacali cui l'Interessato abbia conferito specifico mandato;
- fondi integrativi;
- associazioni e/o organizzazioni imprenditoriali;
- società ed Enti di formazione ed Enti erogatori di fondi destinati alla copertura dei costi di formazione;
- strutture alberghiere;
- aziende di trasporti e vettori (ad es. compagnie ferroviarie, aeree, etc.);
- agenzie di viaggio.

Tali destinatari, ove dovessero trattare dati per conto del Titolare, saranno nominati responsabili del trattamento con apposito contratto o altro atto giuridico.

Trasferimento dati verso un Paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

I dati personali non saranno di regola oggetto di trasferimento né verso Paesi terzi non europei né verso organizzazioni internazionali. Si segnala, tuttavia, che il Titolare si avvale di alcuni servizi informatici in cloud computing che possono comportare un trattamento di dati attraverso server o apparecchiature informatiche collocati al di fuori dello Spazio Economico Europeo: ciò avverrà nel rispetto delle specifiche garanzie a tutela dei dati personali previste dalla disciplina in materia.

Diritti degli interessati

L'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare di accedere ai propri dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento se ne ricorrono i presupposti, di opporsi al loro trattamento per legittimi interessi perseguiti dal Titolare, nonché di ottenere la portabilità dei dati personalmente forniti solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul consenso o sul contratto.

Per esercitare i propri diritti, l'Interessato può utilizzare il modulo disponibile al link

<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924> e inoltrarlo al seguente recapito: protocollo@aulss5.veneto.it. L'Interessato ha anche il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente in materia, Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare tratterà i dati per tutta la durata del rapporto con l'Interessato e, successivamente, per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dall'instaurazione dello stesso, per il periodo prescritto dalla legge e secondo il termine di prescrizione dei diritti scaturenti dal rapporto, fatta salva l'ulteriore conservazione per il tempo necessario alla definizione (comunque raggiunta) delle controversie eventualmente avviate e, successivamente, per il tempo corrispondente al periodo di prescrizione dei diritti conseguentemente sorti.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento dei dati è necessario e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte darà luogo all'impossibilità per il Titolare di dare esecuzione all'istanza o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti connessi al rapporto con l'Interessato.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e autorizza il trattamento dei dati personali.

data _____

firma
