

Prot. n. **5426** /
 PEC protocollo.ulss5@pecveneto.it
COMITATO ZONALE – ROVIGO -
 c/o Azienda ULSS 5 Polesana – V.le Tre Martiri, 89 – 45100 ROVIGO –

 ROVIGO, **1/06/2023**

**PUBBLICAZIONE A TEMPO INDETERMINATO:
1 giugno 2023**

2° Trimestre 2023 si pubblicano i sotto elencati turni vacanti:

Azienda ULSS 5 Polesana di ROVIGO	Branca di:	Sede	
	Allergologia Ore 8 sett.li INDIVISIBILI	Distretto di Rovigo: Punto Sanità di Badia Polesine	
	Oculistica Ore 20 sett.li INDIVISIBILI	Distretto di Rovigo: Punto Sanità di Santa Maria Maddalena Punto Sanità di Lendinara Punto Sanità di Castelmassa	
	Oculistica Ore 18 sett.li INDIVISIBILI	Distretto Adria Poliambulatorio Adria	
	Oculistica 38 INDIVISIBILI	Distretto di Rovigo: P.O. di Trecenta Punto Sanità Punto Sanità di Castelmassa Punto Sanità di Polesella Punto Sanità di Occhiobello	
	Neurologia n. 38 ore INDIVISIBILI	Distretto di Rovigo Cittadella Socio Sanitaria Punto Sanità di Castelmassa Punto Sanità di Badia Polesine Punto Sanità di	

	<p>Pediatria Ore 24 sett.li INDIVISIBILI</p> <p>Cardiologia Ore 8 sett.li INDIVISIBILI È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari.</p> <p>Neuropsichiatria Infantile Ore 38 sett.li INDIVISIBILI</p> <p>Fisiochinesiterapia Ore 34 sett.li INDIVISIBILI È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari.</p> <p>Ostetricia e Ginecologia Ore 30 sett.li INDIVISIBILI</p> <p>Ostetricia e Ginecologia Ore 18 ore sett.li INDIVISIBILI</p>	<p>Lendinara</p> <p>Distretto di Rovigo e Distretto di Adria. Attività: - consultoriale - vaccinale - ambulatoriale</p> <p>Distretto di Adria: Sedi: Porto Tolle Taglio di Po</p> <p>Distretto di Rovigo</p> <p>Distretto di Adria</p> <p>Distretto di Adria. Consultorio Adria Punto Sanità Porto Viro Punto Sanità Porto Tolle Punto Sanità Taglio di Po</p> <p>Distretto di Rovigo</p>	
--	---	--	--

Gli specialisti interessati sono invitati ad inviare al Comitato Consultivo Zonale di Rovigo la propria disponibilità, utilizzando il fac-simile di domanda allegato al presente bando, a mezzo raccomandata A/R o per posta elettronica certificata (protocollo.aulss5@pecveneto.it) dal 01/06/2023 al 15/06/2023.

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 2 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti

Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 31/03/2020 e s.m.i.. L'ordine di individuazione sarà pubblicato sul sito dell'Azienda Ulss 5 nella sezione Comitato Zonale – Esiti pubblicazione.

Si avverte che l'Azienda Ulss 5 si riserva la facoltà, in regime di autotutela, di sospendere o revocare il presente avviso o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Il Direttore Sanitario
Dr. Alberto Rigo



Resp.le procedimento:

Tel. 0425/393657 / Fax 0425/393617

Direttore della Funzione Territoriale

Dr.ssa Domenica Lucianò

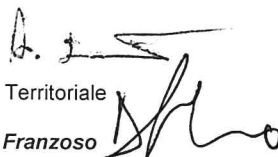
Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale

Dott. Dario Sicchiero

Referente dell'Istruttoria: Dott.ssa Anna Franzoso

Tel. 0425/393619 / Fax 0425/393617

e-mail: anna.franzoso@aulss5.veneto.it




COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'ASSEGNAZIONE

ai sensi degli articoli 21 e 22 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 31.03.2020 e smi;

Modalità d'invio:

- invio preferibilmente PEC all'indirizzo: protocollo.aulss5@pecveneto.it
- a mezzo raccomandata A/R (con avviso di ricevimento) indirizzata a:
Azienda Ulss 5 Polesana
UOC "Direzione Amministrativa Territoriale"
Viale Tre Martiri, 89- 45100 Rovigo

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:

ai sensi dell'art. 21 comma 2 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 2 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 2 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 2 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 2 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 2 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 2 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 2 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 dalla graduatoria valida per l'anno in corso.

inserito nella graduatoria provinciale di Rovigo per l'anno _____

nella branca di _____

ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i):

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

ai sensi dell'art. 21 comma 2 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.

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 art icoli 46-47 del DPR n. 445/2000 e smi;

b) dichiara l'idonietà 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.

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'ACN 31/03/2020 e s.m.i. 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'