



U O. C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Dario Sicchiero

Rovigo,

Prot. n.: 8993 del 30/1/24

AVVISO

GRADUATORIE SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA ART. 19,

COMMA 12, ACN DEL 31.03.2020 e s.m.i.

Scadenza 15/02/2024

(Approvato con Delibera del Direttore Generale n. 84 del 24/01/2024)

Si rende noto il modulo di domanda per l'inserimento nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2024 degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi), che intendano esprimere la disponibilità all'eventuale conferimento di incarichi di sostituzione, incarichi provvisori e a tempo determinato ai sensi dell'art. 19, comma 12, del vigente ACN.

La domanda è riservata agli specialisti e professionisti **che NON abbiano già presentato domanda per l'iscrizione nelle graduatorie annuali, già approvate e rese definitive per l'anno 2024 ai sensi dell'art. 19, comma 10 ACN.**

E' richiesto, pena l'esclusione, il possesso dei requisiti stabiliti dal comma 4 dell'art. 19 del vigente ACN, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, come di seguito riportato:

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b) iscrizione all' Albo professionale;
- c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2 dell'ACN 31/03/2020 e smi (leggasi: specializzazione post laurea magistrale).

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i. è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

In base a quanto previsto dall'art. 19, comma 12, ACN vigente, i candidati in possesso dei requisiti verranno graduati come segue:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;

- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine:
- minore età anagrafica
 - anzianità di specializzazione
 - anzianità di laurea

Per la branca di **ODONTOIATRIA** possono presentare domanda anche i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri, **ai sensi della Norma Finale n. 7 ACN dei 20.05.2021, per l'inserimento in un separato elenco finalizzato alla partecipazione di incarichi provvisori, a tempo determinato o per l'affidamento di sostituzione (parere Sisac 324/2022).**

Si precisa che ai sensi della Norma Finale n. 7 ACN dei 20.05.2021, verrà formato un separato elenco nel quale i candidati saranno graduati come segue:

- a) laureati in odontoiatria e protesi dentaria/laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri che abbiano svolto almeno tre anni di attività convenzionale
- b) laureati in odontoiatria e protesi dentaria/laureati in medicina e chirurgia, iscritti all'albo degli odontoiatri con anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione inferiore a tre anni

Negli anni di anzianità di incarico si considera solo l'arco temporale dell'incarico (parere Sisac 324/2022)

Per quanto riguarda l'attività professionale **nella branca di Odontoiatria**, inserire esclusivamente l'attività svolta come specialista/professionista ambulatoriale, con incarico provvisorio, di sostituzione o a tempo determinato, ai sensi dell'ACN con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie; **non indicare attività svolta ad altro titolo** (es. con rapporto di dipendenza, contratto libero-professionale, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini).

Nei casi di pari anzianità di incarico di odontoiatra a tempo determinato, incarico provvisorio o di sostituzione ai sensi dell'ACN per la specialistica ambulatoriale interna si applicano gli ulteriori criteri:

- 1) minore età
- 2) anzianità di laurea
- 3) voto di laurea

Tutti gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria NON devono trovarsi nelle seguenti condizioni:

- fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- essere titolari di incarico a tempo indeterminato. Si evidenzia che tutti i titolari di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, anche se non hanno raggiunto il massimale orario (dunque a prescindere dal numero delle ore d'incarico) non possono più presentare domanda di inserimento in graduatorie per la medesima branca o area in cui già operano.

Costituiscono motivi di esclusione:

- la mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dalla singola graduatoria;

- la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle previste dal presente documento;
- la mancata firma della domanda;
- la mancata allegazione alla domanda della scansione di un documento di riconoscimento (identità) in corso di validità trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.

Ciascuna domanda deve riguardare una sola branca specialistica o disciplina; pertanto devono essere presentate domande distinte da parte del medico specialista/medico veterinario che intenda essere incluso in più branche o da parte del professionista psicologo che intenda iscriversi per entrambe le discipline (psicologia — psicoterapia).

La domanda dovrà essere munita di marca da bollo e relativo modulo contenente la dichiarazione del numero seriale e copia di un documento di identità personale in corso di validità.

Le domande dovranno essere presentate all'Azienda Ulss 5 Polesana - UOC Direzione Amministrativa Territoriale dell' Azienda Ulss 5 Polesana, sede del Comitato Zonale di Rovigo, esclusivamente tramite pec all'indirizzo: protocollo.aulss5@pecveneto.it, entro e non oltre il 15/02/2024.

Successive candidature saranno acquisite e la graduatorie saranno aggiornate ogni volta che l'Azienda avrà la necessità di garantire uno degli incarichi di cui sopra.
Le graduatorie saranno consultabili sul sito aziendale del Comitato Zonale.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla Direzione Amministrativa Territoriale: 0425/393929 – 3619.

Il Direttore Generale
dott.ssa *Patrizia Simionato*

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

Spett.le

Azienda Ulss 5 Polesana
UOC Direzione Amministrativa
Territoriale
PEC:
protocollo.aulss5@pecveneto.it

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE PER L'ANNO 2024. Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi).

Art. 19 - Comma 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) e Inserimento elenco separato – Odontoiatria Norma Finale n. 7 ACN dei 20.05.2021.

Il/ La sottoscritto/a dott. _____

chiede

di essere incluso/a nella graduatoria:

- medici specialisti : branca di _____
- medici veterinari: area _____
- odontoiatri
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

PER CONFERIMENTO INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE anno 2024: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) Art. 19 Comma 12 - dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) e Norma Finale n. 7 ACN dei 20.05.2021.

A tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del suddetto decreto

dichiara

Cognome : _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita _____ (prov _____)

codice fiscale: _____

documento di riconoscimento: _____

rilasciato il: _____ da _____

Indirizzo di residenza: Via _____ n. civico _____ cap _____

Comune: _____ (Prov _____)

telefono _____ cellulare _____

PEC _____

e-mail _____

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____

di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale;

di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

di possedere il diploma di laurea in:

medicina e chirurgia

medicina veterinaria

odontoiatria

biologia

chimica

psicologia

con voto _____ / _____ senza lode con lode, conseguito presso l'Università di _____
in data _____ / _____ / _____ ;

di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo- odontoiatra- medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____ ;

di essere iscritto all'Albo professionale dei/ degli (medici chirurghi- odontoiatri- veterinari- biologi- chimici- psicologi) presso l'Ordine provinciale/ regionale dal _____

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il ___/___/___
presso l' Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il ___/___/___
presso l' Università di _____ con voto _____ senza lode con lode
_____ conseguita il ___/___/___

Per la branca di Cure palliative :

di essere in possesso della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regione

_____ il ___/___/___;

di non aver manifestato la volontà di essere inserito/a nella presente graduatoria con la dichiarazione compilata congiuntamente alla domanda di inclusione nella graduatoria ex art. 19 comma 10, presentata entro il 31/01/2023;

SOLO PER ODONTOIATRIA: di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i., nella bianca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000):

| AZIENDA | DA | A |
|---------|----|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Data _____ Firma autografa e per esteso _____

Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

Allegato A

Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente per la trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000. n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a a

_____, il ___/___/___

indirizzo pec: _____

in riferimento alla domanda di inclusione nella graduatoria per conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione - anno 2024 - Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) prot. _____ del _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di aver assolto al pagamento dell' imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscrittala; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. Data e ora di emissione: _____

b. Identificativo n. _____

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

Data _____

Firma per esteso e leggibile

Allegato B

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 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 (procedure selettive) finalizzati all'acquisizione di personale convenzionato e nello specifico da quanto previsto dall'Art. 19 comma 12 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 e cioè la formazione graduatorie Anno 2024 di disponibilità per incarichi a tempo determinato, provvisori e di sostituzione presso l'Ambito Zonale di Rovigo e per la formazione di un elenco separato per medici chirurghi iscritti all'albo degli odontoiatri ed odontoiatri privi della specializzazione.

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 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito della presente procedura.

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.ulss5@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'