

UOC Direzione Amministrativa Territoriale

Direttore: Dott. Dario Sicchiero

e-mail: dario.sicchiero@aulss5.veneto.itPEC: protocollo.aulss5@pecveneto.it

Rovigo, 28/05/2025

Prot. n. 52550

11X.1.4.63

PUBBLICAZIONE A TEMPO DETERMINATO:**1 giugno 2025**

2° Trimestre 2025

Azienda ULSS 5 Polesana di ROVIGO	Branca	Sede	Requisiti richiesti:
	<u>VETERINARIA</u> <u>N. 1 INCARICO</u> <u>Di n. 30 ore sett.li</u> <u>Igiene degli</u> <u>Alimenti di origine</u> <u>animale e loro</u> <u>derivati (Area B) –</u> <u>Presso U.O.C.</u> <u>S.I.A.O.A.</u> <u>INCREMENTO</u> <u>TERMPORANEO</u> <u>ATTIVITÀ</u>	Il medico veterinario assicurerà le attività previste nell'ambito dell'organizzazione del lavoro del Servizio veterinario dell'Ulss per consentire l'operatività nell'esecuzione dei controlli ufficiali, prioritariamente negli orari notturni e festivi, nei macelli operanti nel territorio dell'Ulss e comunque secondo l'organizzazione definita dal Servizio Igiene e Alimenti di origine Animale (S.I.A.O.A)	

Gli specialisti 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 01/06/2025 al 15/06/2025.

L'incarico verrà attribuito ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 04/04/2024 – precisando che trattasi di incarico con scadenza al 31/12/2025 - con priorità per i medici iscritti alle graduatorie di cui all'art. 19 commi 10 e 12 ed, in subordine, l'incarico potrà essere assegnato anche a specialisti non iscritti nelle graduatorie citate, ma in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 A.C.N..

Il Direttore Sanitario

Dr.ssa Carla Destro




COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE

ai sensi dell'articolo 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 04/04/2024;

Modalità d'invio:

- invio preferibilmente 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 A TEMPO DETERMINATO:**

- 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 _____

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 fruiscano 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)

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: _____

**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 rpdp@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 04/04/2024 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'