REGIONE DEL VENETO

ULSS5 POLESANA

Rovigo, 29/09/2026

Prot. n° 97318 / IX.1.4.65

AVVISO INTERNO
PER IL RAGGIUNGIMENTO DEL MASSIMALE DI 38 ORE SETTIMANALI
ART. 20 ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 05/02/2026

Azienda ULSS 5 Polesana di ROVIGO	Branca di: **UROLOGIA** **11 ore** **DIVISIBILI** **Dal 04/11/2026**	Sedi, giorni e fasce orarie Distretto di Rovigo:

Possono partecipare al presente avviso i medici **titolari di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale convenzionata presso l'Azienda Ulss 5 Polesana** nella stessa branca del turno cui si aspira, che ancora devono completare il loro orario settimanale (38 ore).

Gli interessati sono invitati ad inviare alla Direzione Amministrativa Territoriale la propria disponibilità al completamento dell'orario del tempo pieno (38 ore settimanali), tramite compilazione domanda, redatta secondo lo schema allegato, **a mezzo PEC** (protocollo.aulss5@pecveneto.it) **entro otto giorni dal ricevimento della presente comunicazione.**

Nella domanda il medico interessato dovrà dichiarare in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. l'anzianità di incarico, il numero delle ore degli incarichi detenuti anche presso altre Aziende Ulss nonché la data di conseguimento della specializzazione.

Il completamento orario è rivolto anche agli specialisti operanti presso altre Aziende sanitarie con 38 ore settimanali complessive, che vogliano accentrare l'attività presso l'Azienda proponente, previo possesso del requisito di anzianità di incarico maturata di almeno 18 mesi presso ciascuna Azienda di provenienza.

Le ore saranno assegnate ai sensi dell'art. 20 A.C.N. del 05/02/2026 con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico nell'Azienda che attiva le procedure; a parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.

Si ricorda, inoltre che, ai sensi del quinto comma dell'art. 20 ACN **lo specialista ambulatoriale che rinunci al completamento dell'orario, è preclusa la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi di pubblicazione**, secondo le cadenze di cui all'art. 21 comma 1 **e di percepire l'indennità di cui all'art. 45 A.C.N. del 05/02/2026** fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi dell'art. 20 ACN - salvo quanto stabilito dall'art. 31 dell'AIR del 12/10/2021 - o ad una successiva assegnazione ai sensi dell'art. 21.

Cordiali saluti.

Il Direttore
UOC Direzione Amministrativa Territoriale
Dott. Giuseppe Gagni

UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Direttore: Dott. Giuseppe Gagni
Referente Istruttoria: Dott. Giacomo Scarabello
E-mail: giacomo.scarabello@aulss5.veneto.it
Tel. 0425/393929

All' Azienda ULSS5 POLESANA

protocollo.aulss5@pecveneto.it

Oggetto: Domanda per la copertura di turni vacanti di Specialistica ambulatoriale a convenzione ai sensi dell'art. 20 dell'ACN vigente.

Il/la sottoscritto/a Dott. _____nato/a a _____

Il _____ e residente in _____ Via _____

tel. _____ cell. _____, in rispetto all'Avviso prot. n. _____

dell'Azienda Ulss 5 Polesana per la copertura di turni vacanti nella Specialistica ambulatoriale a convenzione,

CHIEDE

di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile a coprire il turno ivi indicato per n. _____ ore settimanali nella banca di _____ presso il Distretto di _____ secondo l'articolazione oraria prevista nell'Avviso per tale turno.

A tale fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con la ASL 5 per n. ore _____ settimanali di Specialistica ambulatoriale a convenzione nella banca di _____ ;
- di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali nella medesima branca:

► presso la ASL _____ per n._____ ore settimanali per attività di _____;

► presso la ASL _____ per n._____ ore settimanali per attività di _____;

► presso la ASL _____ per n._____ ore settimanali per attività di _____;

► presso la ASL _____ per n._____ ore settimanali per attività di _____;

► presso la ASL _____ per n._____ ore settimanali per attività di_____;

• di avere un impegno orario complessivo di n. _____ ore settimanali;

• che l'anzianità dell'incarico (data di inizio del rapporto continuativo registrata dal Comitato Zonale) decorre dal_____;

• di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso l'Università _____.

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 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 dei criteri per accedere al COMPLETAMENTO ORARIO EX ART. 20 dell'ACN 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 mediate 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 l 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'