

REGIONE DEL VENETO



ULSS5  
POLESANA

**Approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 732 del 28/08/2020**

**Avviso pubblicato in data 31/08/2020**

Medicina Convenzionata – Pediatria di Libera Scelta

**Avviso urgente ai Medici Pediatri  
Inseriti nella graduatoria regionale del Veneto anno 2020**

E' indetto avviso per il conferimento di un incarico provvisorio di Medico Pediatra di libera scelta, con decorrenza 01.10.2020 e fino alla data di inserimento del pediatra avente diritto all'incarico a tempo indeterminato e comunque non superiore a 12 mesi, secondo le modalità previste dall'art.37 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta – intesa del 15.12.2005 s.m.i., da inserire nel Distretto 2 di Adria nell'Ambito Territoriale DIS\_2\_APLS2 (Ariano nel Polesine, Corbola, Porto Tolle, Taglio di Po), con obbligo di apertura ambulatoriale presso il Comune di Porto Tolle.

Possono presentare domanda di partecipazione all'incarico di cui trattasi i medici pediatri, iscritti all'albo professionale, inseriti nella graduatoria regionale del Veneto della Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020 (vedi Bur Veneto n. 20/2020). Si precisa sin d'ora che il pediatra titolare di altro incarico convenzionale (pediatria di libera scelta, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale interna), sia a tempo determinato che indeterminato, con scadenza dello stesso successivamente al 30/09/2020 (in caso di recesso da parte del pediatra si deve pertanto fare riferimento al rispetto del periodo di preavviso previsto dal rispettivo ACN), risulta incompatibile con l'incarico in oggetto.

I medici pediatri interessati dovranno far pervenire la **domanda di partecipazione**, redatta utilizzando esclusivamente il modulo allegato al presente avviso, completa in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (€ 16,00) e corredata di copia di un valido documento di identità, entro il 10.09.2020, mediante spedizione a mezzo pec all'indirizzo: [protocollo.aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss5@pecveneto.it).

L'Avviso ed il fac-simile di domanda sono disponibili presso la UOC Direzione Amministrativa Territoriale dell'Azienda ULSS n. 5 Polesana e pubblicato sul sito: [http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a\\_id=57291](http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=57291)

Per eventuali chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione Amministrativa Territoriale (0426/393619).

La presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il pediatra resosi disponibile.

L'incarico sarà assegnato, in condizioni di compatibilità, nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente. Il pediatra sarà incaricato di assistere gli iscritti nelle liste del pediatra titolare dott. M.B., - indicativamente 764 assistiti – che cesserà il 30.09.2020 (ultimo giorno di incarico), fatta salva l'eventuale diversa scelta da parte del rappresentante legale del minore.

In assenza di domande da parte dei medici pediatri inseriti nella succitata graduatoria regionale, l'Azienda si riserva di prendere in considerazione eventuali domande dei medici specializzati in pediatria, ovvero in disciplina equipollente a pediatria, non inseriti in detta graduatoria (che saranno ordinati secondo l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, la minore età, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito carente). Tali informazioni dovranno essere dichiarate dall'interessato nella domanda.

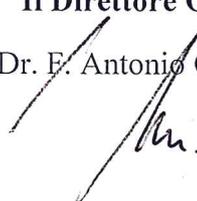
Ci si riserva di utilizzare la graduatoria relativa all'ambito territoriale di cui sopra per eventuali successivi incarichi che dovessero essere attivati e conferiti entro il 31.12.2020.

Per quanto non previsto dal presente avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla normativa di cui all'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta – intesa 15.12.2005 e s.m.i. ([www.sisac.info](http://www.sisac.info)) nonché ai relativi accordi regionali/aziendali vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

**Il Direttore Generale**

Dr. F. Antonio Compostella



(BOLLO € 16,00)

Spett.le

Azienda ULSS n. 5 Polesana

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

PEC:[protocollo.aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss5@pecveneto.it)

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PROVVISORIO DI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA DAL 01/10/2020 PRESSO IL DISTRETTO 2 DI ADRIA – NELL’AMBITO TERRITORIALE DIS\_2\_APLS2 (ARIANO NEL POLESINE, CORBOLA, PORTO TOLLE, TAGLIO DI PO), OBBLIGO DI APERTURA AMBULATORIALE PRESSO IL COMUNE DI PORTO TOLLE.**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

### PRESENTA

**Domanda di partecipazione all’avviso per il conferimento dell’incarico in oggetto.**

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà):

### DICHIARA

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 in possesso del Diploma di Specializzazione in Pediatria o disciplina \_\_\_\_\_ equipollente \_\_\_\_\_ (specificare la disciplina) \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

4) di essere iscritt\_ all'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

4) di essere – non essere inserit\_ (1) nella graduatoria definitiva della Pediatria di Libera Scelta della Regione del Veneto valida per l'anno 2020 con il punteggio di \_\_\_\_\_;

5) di essere – non essere (1) residente nell'ambito in oggetto indicato;

6) di essere - non essere (1) 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 (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) essere/non essere (1) 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 \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

8) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte Periodo: dal \_\_\_\_\_

9) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

ore sett. \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

10) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5,

D.L.vo n. 502/92: Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore

sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

12) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99: Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

13) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2) Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) operare/non operare (1) 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: (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

15) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 626/94 e s.m.i.:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_

19) fruire/non fruire (1) 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:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

21) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore

sett. \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

22) operare/non operare (1) 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: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

23) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

24) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

25) essere/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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26) 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;

27) essere/non essere destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

28) 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;

29) avere/non avere subito procedimenti disciplinari da parte del Collegio Arbitrale regionale \_\_\_\_\_;

- in caso affermativo specificare la data \_\_\_\_\_ e la sanzione riportata

\_\_\_\_\_

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

- in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare

---

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) a comunicare all'Azienda Ulss 5 Polesana, entro 5 giorni lavorativi dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- b) far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dell'incarico di medico pediatra di libera scelta attribuito da questa Azienda Ulss.

I sottoscrit dichiara altresì:

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

data di emissione: \_\_\_\_\_

IDENTIFICATIVO N: \_\_\_\_\_

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

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

**Data** \_\_\_\_\_

**firma** \_\_\_\_\_

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

## **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 il **responsabile della protezione dei dati**, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona dell'Avvocato Piergiovanni Cervato dello Studio Legale Cervato Law & Business di Padova, indirizzo mail: [rpd@aulss5.veneto.it](mailto: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 legge finalizzati all'acquisizione di personale convenzionato ed, in particolare, per la procedura selettiva per il conferimento di un incarico provvisorio di medico Pediatra di Libera Scelta dal 01/10/2020 presso il Comune di Porto Tolle .

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

**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](mailto:protocollo@aulss5@pecveneto.it) o tramite semplice mail alla casella istituzionale [protocollo@aulss5.veneto.it](mailto: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**

\_\_\_\_\_