

REGIONE DEL VENETO



Approvato con deliberazione n. 927 del 04/11/2020

Publicato in data 11/11/2020

**AVVISO PER L'AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO AZIENDALE –
SEZIONI C, D ED E – DEI MEDICI DISPONIBILI ALL'INCARICO DI
MEDICO CURANTE NEI CENTRI SERVIZI DELL'AZIENDA ULSS 5
POLESANA - ANNO 2021.**

In esecuzione della Delibera della Giunta Regionale n. 1231 del 14/08/2018, si rende noto che l'Azienda ULSS n. 5 Polesana intende procedere ad aggiornare l'**“Elenco Aziendale” – Sezioni C, D ed E** – dei Medici disponibili all'incarico di Medico Curante nei Centri Servizi.

Le disponibilità saranno valutate secondo i seguenti criteri di priorità:

1. **SEZIONE C:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
2. **SEZIONE D:** Medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e NON ANCORA inclusi nella graduatoria unica regionale degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;
3. **SEZIONE E:** Medici di comprovata esperienza in ambito geriatrico o con specializzazione in medicina interna o fisiatria o altri profili attinenti al ruolo di medico curante, anche convenzionati con altra Azienda ULSS, senza che l'incarico conferito dal Centro Servizi comporti incompatibilità, come previsto dall'art. 17, co. 2, lett. c) dell'ACN.

L'Elenco Aziendale, istituito presso l'Azienda ULSS verrà aggiornato con cadenza almeno annuale o con diversa tempistica qualora i Centri Servizi o l'Azienda ULSS ne ravvisino l'esigenza.

I Centri di Servizio operanti sul Territorio dell’Azienda Ulss 5 Polesana sono i seguenti:

DISTRETTO DI ROVIGO

- IRAS Rovigo
- Casa Albergo per Anziani - Lendinara
- Casa Sacra Famiglia - Fratta Polesine
- Casa S. Antonio - Trecenta
- Centro Servizi S. Villa C. Resemini - Stienta
- La Residence S.r.L. – Ficarolo
- La Quietè - Fiesso Umbertiano
- Res. Anni Azzurri - Villadose
- R.S.A. S. MARTINO - Castelmasa
- Casa del Sorriso - Badia Pololesine
- C.S. Casa di Cura Città di Rovigo
- Fondazione S. Salvatore - Ficarolo
- Casa di Riposo San Gaetano – Crespino
- ISTITUTI POLESANI - Ficarolo

DISTRETTO DI ADRIA

- Casa di Riposo Opera Pia "F. Bottoni" Papozze
- Casa di Riposo "Ing. A. Pedrelli" Ariano nel Polesine
- Casa di Riposo "Madonna del Vaiolo" Taglio di Po
- Casa di Riposo "Villa Tamerici" e RSA “Il Gabbiano” - Porto Viro
- Centro Servizi Anziani Adria
- Casa di Riposo "Villa Agopian" - Corbola

L’Elenco in parola, **non costituisce graduatoria di merito**, ed integrato con le Sezioni A e B per le quali l’Azienda ha già provveduto alla predisposizione delle stesse, verrà utilizzato dall’Azienda ULSS per assicurare l’assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti presenti nei Centri Servizi incaricando uno o più medici individuati dal Direttore Generale in accordo con il Rappresentante Legale del Centro Servizi stesso.

Al fine di aggiornare l’**“Elenco Aziendale” – Sezioni C, D ed E** – dei Medici disponibili all’incarico di Medico Curante nei Centri Servizi i medici interessati dovranno inoltrare apposita domanda, secondo il modello allegato, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità, al seguente

indirizzo: Azienda ULSS n. 5 Polesana - UOC Direzione Amministrativa Territoriale - Viale Tre Martiri, 89 - 45100 ROVIGO.

L'istanza dovrà, inoltre, pervenire preferibilmente a mezzo PEC: **protocollo.aulss5@pecveneto.it** o a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

L'Avviso ed il fac-simile di domanda sono pubblicati sul sito Aziendale sito: **http://www.aulss5.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=57291**

Per eventuali informazioni contattare i seguenti numeri: 0425/393619-3972.

Il presente AVVISO rimarrà pubblicato per l'interno anno 2021 ed i medici disponibili potranno presentare domanda in qualsiasi momento.

Per quanto non previsto nel presente Avviso, nonché per il trattamento economico spettante, si rinvia alla DGR n. 1231 del 14/08/2018 ed ai relativi accordi regionali ed aziendali vigenti in materia.

Il Direttore Generale

F.to Dr. F. Antonio Compostella

Spett.le

Azienda ULSS n. 5 Polesana

UOC Direzione Amministrativa Territoriale

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

PEC:protocollo.aulss5@pecveneto.it

OGGETTO: DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO AZIENDALE, SEZIONE C, D ed E DEI MEDICI DISPONIBILI ALL'INCARICO DI MEDICO CURANTE NEI CENTRI DI SERVIZIO DELL'AZIENDAL ULSS 5 POLESANA.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Tel/cell _____ PEC _____

email _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'Elenco Aziendale dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nei Centri di Servizio presenti sul territorio dell'Azienda Ulss 5 Polesana, relativo alla seguente sezione (barrare la sezione di interesse):

- SEZIONE C
- SEZIONE D
- SEZIONE E

Esprimendo la propria disponibilità ad operare presso i Centri di Servizio operanti sul territorio del:

- Distretto di Rovigo, indicando eventualmente i Centri di Servizio per i quali esprime la propria disponibilità (vedi elenco di cui all'Avviso)

Distretto Adria, indicando, eventualmente, i Centri di Servizio per i quali esprime la propria disponibilità (vedi elenco di cui all'Avviso)

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 iscritt_ all'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di _____ dal _____;

4) di essere – non essere inserit_ (1) nella graduatoria definitiva Medici di medicina Generale della Regione del Veneto valida per l'anno _____ con il punteggio di _____;

5) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____ presso la Scuola di _____

6) di essere in possesso di comprovata esperienza in ambito geriatrico maturata presso

_____ nel _____ periodo
dal _____ al _____;

7) di essere in possesso del diploma di specializzazione in: Geriatria Medicina Interna Fisiatria Altra specializzazione inerente il ruolo di medico curante _____ Indicare
denominazione dell'Università e data di
conseguimento _____
_____;

8) 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 _____

9) 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 _____

10) 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 _____

~~11) 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. _____

12) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati
esterni: (2) Provincia _____ branca

_____ Periodo: dal _____

13) 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 _____

14) 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)

15) 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 _____

16) 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 _____

17) 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 _____

18) 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 _____

19) 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 _____

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

21) 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 _____

22) 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 _____

23) 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 _____

24) 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 _____

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

Periodo: dal _____

26) 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 _____

27) 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)

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 _____

31) di essere/non essere incorso in risoluzioni anticipate di incarichi precedenti.; in caso _____ affermativo _____ specificare quali _____

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 far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dell'incarico di medico curante presso il Centro di Servizio autorizzato da questa Azienda Ulss.

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.

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 ai sensi della DGRV 1231 del 14/08/2018 per l'inserimento nell'Elenco Aziendale dei medici disponibili all'incarico di medico curante nei Centri di Servizio operanti sul territorio aziendale - Anno 2021.

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'eventuale conferimento dell'incarico di medico curante da parte del Centro di Servizi.

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 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
