



**PUBBLICAZIONE A TEMPO INDETERMINATO:
1 giugno 2022**

2° Trimestre 2022 si pubblicano i sotto elencati turni vacanti:

Azienda ULSS 5 Polesana di ROVIGO	Branca di:	Sede	Requisiti richiesti:
	Geriatria Ore 16 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo e Distretto di Adria; Attività: ambulatoriale; consulenza specialistica presso le Strutture residenziali ed attività di consulenza a domicilio.	
	Pneumologia Ore 15 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo e Distretto di Adria.	
	Nefrologia Ore 15 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo e Distretto di Adria.	
	Oculistica Ore 38 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo Distretto di Adria	
	Pediatria 60 Ore sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo e Distretto di Adria. Attività: - ambulatoriale - vaccinale	

		- consultoriale	
	<u>Cardiologia</u> Ore 30 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo. ambulatoriale; consulenza specialistica presso le Strutture residenziali ed attività di consulenza a domicilio.	
	<u>Neuropsichiatria</u> <u>Infantile</u> Ore 38 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Rovigo ed Adria.	
	<u>Fisiochinesiterapia</u> Ore 34 sett.li DIVISIBILI	Distretto di Adria. Distretto di Rovigo	
	<u>Odontoiatria</u> ORE 6 INDIVISIBILI	O.C. Trecenta	Possesso di particolari capacità in ortodonzia e pedodonzia.
	<u>Odontoiatria</u> ORE 5 INDIVISIBILI	O.C. Rovigo	Possesso di particolari capacità in ortodonzia e pedodonzia.

Gli specialisti interessati sono invitati ad inviare al Comitato Consultivo Zonale di Rovigo la propria disponibilità, **utilizzando il fac-simile di domanda allegato al presente bando**, a mezzo raccomandata A/R o per posta elettronica certificata (protocollo.aulss5@pecveneto.it) **dal 01/06/2022 al 15/06/2022**.

Per i turni afferenti alla branca di ODONTOIATRIA ai sensi della Norma Finale n. 7 ACN del 20.05.2021 possono presentare domanda (vedi allegato) anche i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri, ai quali l'incarico potrà essere affidato dopo aver esaurito tutti i criteri di priorità di cui all'art. 21, comma 2 ed eventualmente dopo aver esperito la "procedura SISAC".

Inoltre per i turni per i quali sono richieste particolari e documentate capacità professionali, ai sensi dell'art. 20, comma 5 del dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 31/03/2020 e s.m.i., gli interessati dovranno produrre in originale o in copia conforme all'originale oppure con dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000, ogni documentazione atta a dimostrare il possesso dei requisiti richiesti, nonché allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità, pena la mancata valutazione del possesso dei requisiti.

Si specifica che anche il curriculum vitae, debitamente firmato, deve essere reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

L'incarico verrà attribuito ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 31/03/2020 e s.m.i..

Si avverte che l'Azienda Ulss 5 si riserva la facoltà, in regime di autotutela, di sospendere o revocare il presente avviso o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Il Direttore Sanitario
Dr. Alberto Rigo



Resp.le procedimento: **Dott.ssa Antonella Zennaro**
Tel. 0425/393657 / Fax 0425/393617
Dr.ssa Domenica Lucianò



Referente dell'Istruttoria: **Dott.ssa Anna Franzoso**
Tel. 0425/393619 / Fax 0425/393617
e-mail: anna.franzoso@aulss5.veneto.it



RACCOMANDATA A.R. O PEC

Al Comitato Zonale Specialisti
c/o Azienda ULSS 5 Polesana
V.le Tre Martiri, 89
45100 ROVIGO

DISPONIBILITA' DI ACQUISIZIONE DI TURNI ORARI DEL TRIMESTRE

per incarico a tempo indeterminato branca di odontoiatria – candidati senza specializzazione

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
residente a _____ C.A.P. _____ (prov. di _____)
Via _____ n. _____ tel. _____
MAIL: _____ PEC _____

comunica la propria disponibilità di acquisizione

(se si tratta di più turni, indicarli con l'ordine di preferenza)

n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____
n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____
n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____

a tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000)

- a) di aver conseguito la laurea in odontoiatria il _____ presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;
- b) di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;
- c) di essere iscritto all'albo professionale degli odontoiatri di _____;
- d) di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i., nella **branca di odontoiatria**, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000):

Branca specialistica	presso	dal	al
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

e) di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (se si indicare il tipo di provvedimento _____) -

f) di essere **medico specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato**, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica convenzionata, esecutivo in data 31/03/2020 e s.m.i.

di n. ore _____ dal _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico**, dal _____ presso _____

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'Accordo Collettivo Nazionale della medicina specialistica convenzionata: **SI NO**
- di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
- di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**
- di essere:

f) **titolare di medicina generale**, dal _____ presso _____;

g) **medico specialista titolare pediatria di libera scelta**, dal _____ presso _____;

i) **medico titolare di medicina dei servizi**, dal _____ presso _____;

l) **medico titolare di continuità assistenziale**, dal _____ presso _____;

m) **medico dipendente di struttura pubblica/privata**, dal _____ presso _____;

- n) di aver conseguito nel triennio il minimo dei crediti formativi previsti e precisamente: _____
- o) di essere / non essere (*) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine

(*) In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

Data _____

FIRMA

Allegato: C.V. se le ore sono pubblicate con specifiche e particolari capacità

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 rp@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 nell'ambito di quanto previsto dall'Art. 21 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.

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@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'

RACCOMANDATA A.R. O PEC

Al Comitato Zonale Specialisti
c/o Azienda ULSS 5 Polesana
V.le Tre Martiri, 89
45100 ROVIGO

DISPONIBILITA' DI ACQUISIZIONE DI TURNI ORARI DEL TRIMESTRE

per incarico a tempo indeterminato

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

residente a _____ C.A.P. _____ (prov. di _____)

Via _____ n. _____ tel. _____

MAIL: _____ PEC _____

comunica la propria disponibilità di acquisizione

(se si tratta di più turni, indicarli con l'ordine di preferenza)

n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____

n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____

n. ore _____ branca di _____ Azienda ULSS n. _____

a tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000)

- a) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e odontoiatri di _____;
- b) di aver conseguito la laurea _____ presso l'Università degli studi di _____ il _____ con voto _____;
- c) di aver conseguito la specializzazione _____ presso l'Università degli studi di _____ il _____ con voto _____;
- d) di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (se si indicare il tipo di provvedimento _____).

1) di essere **medico specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato**, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica convenzionata, esecutivo in data 31/03/2020 e s.m.i.

di n. ore _____ dal _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico**, dal _____ presso _____

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'Accordo Collettivo Nazionale della medicina specialistica convenzionata: **SI NO**
- di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
- di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**

di essere:

- 2) titolare di medicina generale, dal _____ presso _____;
- 3) medico specialista titolare pediatria di libera scelta, dal _____ presso _____;
- 4) medico titolare di medicina dei servizi, dal _____ presso _____;
- 5) medico titolare di continuità assistenziale, dal _____ presso _____;
- 6) medico dipendente di struttura pubblica/privata, dal _____ presso _____;
- 7) di aver conseguito nel triennio il minimo dei crediti formativi e precisamente: _____;
- 8) di essere / non essere (*) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....
- (*) In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

Data _____

FIRMA

Allegato: C.V. se le ore sono pubblicate con specifiche e particolari capacità

**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 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 nell'ambito di quanto previsto dall'Art. 21 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.

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@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'