

Spett.le

Azienda ULSS n. 5 Polesana

UOC Direzione Amministrativa Territoriale

V.le Tre Martiri, 89

45100 ROVIGO

PEC: protocollo.aulss5@pecveneto.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO URGENTE PER IL CONFERIMENTO
DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO
DI SCELTA -**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Tel/cell _____ PEC _____

E mail _____

PRESENTA

**Domanda di partecipazione per ricoprire l'incarico provvisorio di Medico di Assistenza
Primaria a ciclo di scelta:**

☐ Distretto di Rovigo Nono Ambito (Comuni di afferenza: Boara Pisani, Rovigo, San Martino di
Venezze), **apertura dell'ambulatorio principale presso il Comune di Sann martino di Venezz**,
dal 22/12/2023 – circa 1500 SCELTE;

**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 _____ al
n. _____ dal _____ e di non avere procedimenti disciplinari in corso;

4) di essere – non essere inserit_ (1) nella graduatoria definitiva Medici di Medicina Generale della Regione
del Veneto valida per l'anno 2023 con il punteggio _____;

5) di essere/non essere (1) in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al
D.Lgs. 368/99 e s.m.i. Se affermativo, conseguito presso:

Regione Veneto, il _____

Altra Regione _____ il _____;

6) di essere / non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n.
368/99 e s.m.i. Se affermativo: anno di frequenza (1°, 2° 3° anno) _____ e data effettiva di inizio
corso _____, in qualità di:

☐ ordinario e soprannumerario (ex L. 401/2000);

☐ avviso riservato (ex DL n. 35/2019 convertito in L. n. 60/2019, cd. Decreto Calabria),

presso:

☐ Regione Veneto,

☐ altra Regione _____;

7) di essere / non essere (1) in possesso del Diploma di specializzazione in
_____, conseguito presso l'Università degli Studi di
_____, in data _____;

8) di essere / non essere iscritto (1) al corso di specializzazione in
_____ dal _____ presso l'Università
degli Studi di _____;

9) di essere - non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri
rapporti anche di natura convenzionale con il servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto dalla
norma finale 1 e norme transitorie 1 e 2;

10) di esercitare – non esercitare (1) altre attività o sia titolare o compartecipe delle quote di imprese che
possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

Soggetto _____ ore settimanali _____ Via
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di
lavoro _____ Periodo: dal _____;

11) di svolgere – non svolgere di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.;

12) di svolgere – non svolgere (1) attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ ;

13) svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali per conto della Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriale;

14) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

15) essere – non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.; (2)

_____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

16) avere/non avere (1) con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.:

Azienda _____ Via _____ Tipo _____ di attività _____

Periodo: dal _____

17) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

18) fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 dell'ACN 28/04/2022;

19) 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)

20) 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;

21) avere/non avere subito procedimenti disciplinari da parte del Collegio Arbitrale regionale o degli UPDC di altre Aziende Sanitarie:

- in caso affermativo specificare la data _____ e la sanzione riportata _____

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 di medicina generale – Assistenza Primaria attribuito da questa Azienda Ulss.

_l_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.

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"

1) Allegato: Copia documento d'identità in corso di validità.

**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 ai fine dell'acquisizione di personale convenzionato ed, in particolare, per la procedura selettiva per il conferimento di incarico provvisorio di medico di medicina generale – Assistenza Primaria.

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 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
