



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  
**AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**  
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA  
COD.FISC. E P.IVA 02441500242 – Cod. iPA AUV  
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail [protocollo@aulss8.veneto.it](mailto:protocollo@aulss8.veneto.it)  
PEC [protocollo.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss8@pecveneto.it)  
[www.aulss8.veneto.it](http://www.aulss8.veneto.it)

Direzione dei Servizi Socio-Sanitari

## PUBBLICAZIONE INCARICHI DISPONIBILI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Si pubblicano sul sito aziendale gli allegati incarichi disponibili presso le ULSS della Provincia di Vicenza, ai sensi dell'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) del 04/04/2024.

Gli incarichi pubblicati non sono frazionabili in sede di assegnazione.

I candidati interessati alla copertura degli incarichi devono inviare alla scrivente Azienda ULSS, sede del Comitato Zonale, l'allegata domanda di disponibilità, con pec all'indirizzo [protocollo.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss8@pecveneto.it) **dal 1 al 15 settembre 2024**.

Si precisa che alla domanda va allegata la fotocopia di un documento di identità.

I candidati sono invitati a consultare l'albo online dell'Azienda o il sito aziendale, per prendere visione della graduatoria, attraverso il seguente il percorso: [www.aulss8.veneto.it](http://www.aulss8.veneto.it) (albo pretorio online) oppure (Medicina Convenzionata, specialisti ambulatoriali, graduatorie incarichi).

La presente pubblicazione si trasmette, per opportuna conoscenza, all'ULSS n.7 Pedemontana (U.O.S. Convenzioni).

Il Direttore  
dei Servizi Socio-Sanitari  
dott. Achille Di Falco

## **ULSS n.7 Pedemontana**

### **Branca di Cardiologia: 57,5 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

Le ore sono ripartite in 4 distinti incarichi:

- 9,5 ore
- 10 ore
- 18 ore
- 20 ore

### **Branca di Dermatologia: 50 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 4 distinti incarichi:

- 5 ore
- 10 ore
- 15 ore
- 20 ore

### **Branca di Diabetologia: 4 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

### **Branca di Medicina Interna: 4 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

### **Branca di Neurologia: 27 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

con articolazione oraria da lunedì a venerdì, presso l'ospedale di Santorso.

### **Branca di Neuropsichiatria Infantile: 27 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 2 distinti incarichi:

- 12 ore presso poliambulatori del Distretto 1
- 15 ore presso poliambulatori del Distretto 2

### **Branca di Oculistica: 60 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

Le ore sono ripartite in 3 distinti incarichi:

- 10 ore
- 20 ore
- 30 ore

### **Branca di Odontoiatria: 26 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

Le ore sono ripartite in 3 distinti incarichi:

- 6 ore
- 6 ore
- 14 ore

**Branca di Odontoiatria: 12 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 2 distinti incarichi:

- 6 ore presso l'Ospedale di Santorso (*da precisare nella domanda di disponibilità*)

- 6 ore presso l'Ospedale di Santorso (*da precisare nella domanda di disponibilità*)

Per la copertura di tali incarichi è richiesta la particolare esperienza nella esecuzione di prestazioni in sedazione a pazienti disabili ed esperienza di sala operatoria.

È prevista la valutazione per titoli da parte di una Commissione Tecnica Aziendale ai sensi dell'art.21 comma 4 dell'ACN e dell'art.32 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR n.1386 del 12/10/2021.

Pertanto, i candidati per la valutazione dei titoli devono effettuare una dichiarazione ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 445/2000 descrivendo, in modo preciso, i titoli accademici e, inoltre, i titoli professionali conseguiti presso Aziende ULSS, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (specificare quindi i riferimenti relativi ai titoli accademici conseguiti e descrivere i contenuti dell'attività professionale svolta e, inoltre, il relativo periodo, la tipologia di contratto di lavoro, l'amministrazione, la sede ecc., con riguardo alle particolari capacità professionali richieste) utilizzando il modulo allegato.

**Branca di Ostetricia e Ginecologia: 35 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

Le ore sono ripartite in 2 distinti incarichi:

- 17 ore

- 18 ore

**Branca di Ortopedia: 9,5 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art. 21 dell'ACN

Le sedi, dove non precisato, saranno concordate al momento dell'assegnazione sulla base delle esigenze aziendali aggiornate.

**ULSS n.8 Berica****Branca di Dermatologia: 30 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 2 distinti incarichi:

- 15 ore settimanali presso il Poliambulatorio di S. Lucia di Vicenza;

- 15 ore settimanali presso il Poliambulatorio dell'Ospedale di Montecchio Maggiore.

**Branca di Oculistica: 27 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN, presso il Poliambulatorio di S. Lucia di Vicenza.

**Branca di Cardiologia: 27 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 2 distinti incarichi:

- 15 ore settimanali presso il Poliambulatorio di S. Lucia di Vicenza;

- 12 ore settimanali presso il Poliambulatorio di Sandrigo.

**Branca di Neuropsichiatria Infantile: 18 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN, presso l'UOS Neuropsichiatria Infantile di Vicenza.

**Branca di Geriatria: 12 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN, presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenza dell'Ospedale di Vicenza.

**Branca di Ostetricia e Ginecologia: 36 ore settimanali**

incarichi a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN.

Le ore sono ripartite in 3 distinti incarichi:

- 12 ore settimanali presso il Consultorio Familiare di Montecchio Maggiore;
- 12 ore settimanali presso il Consultorio Familiare di Arzignano;
- 12 ore settimanali presso il Consultorio Familiare di Noventa Vicentina.

**Branca di Ostetricia e Ginecologia: 24 ore settimanali**

incarico a tempo indeterminato, art.21 dell'ACN, presso il Poliambulatorio di S. Lucia di Vicenza.

Per la copertura dell'incarico è richiesta la competenza nella diagnosi prenatale invasiva ecografia ostetrica di 2° livello con valutazione ecocardiografica.

È prevista la valutazione per titoli da parte di una Commissione Tecnica Aziendale ai sensi dell'art.21 comma 4 dell'ACN e dell'art.32 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR n.1386 del 12/10/2021.

Pertanto, i candidati per la valutazione dei titoli devono effettuare una dichiarazione ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 445/2000 descrivendo, in modo preciso, i titoli accademici e, inoltre, i titoli professionali conseguiti presso Aziende ULSS, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (specificare quindi i riferimenti relativi ai titoli accademici conseguiti e descrivere i contenuti dell'attività professionale svolta e, inoltre, il relativo periodo, la tipologia di contratto di lavoro, l'amministrazione, la sede ecc., con riguardo alle particolari capacità professionali richieste) utilizzando il modulo allegato.

Azienda ULSS n.8 Berica  
U.O.S.D. Gestione Personale Convenzionato  
36100 Vicenza

invio con pec    *protocollo.aulss8@pecveneto.it*

Oggetto: Domanda di disponibilità per la copertura di un incarico specialistico ambulatoriale interno.

Il sottoscritto dr. ...., nato il ..... a .....  
(prov.....) e residente a ..... (prov.....), CAP .....,  
in via ....., tel. ....  
cell. ...., pec .....,  
comunica la propria disponibilità per la copertura dell'incarico pubblicato di specialista ambulatoriale  
interno presso l'ULSS n. .... nella branca di ....., per n. .... ore sett.  
presso la sede ....., e a tal fine sotto la propria responsabilità, consapevole delle  
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per i casi di dichiarazioni mendaci,  
formazione o uso di atti falsi,

#### DICHIARA

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

- a1)  di essere cittadino italiano;
- a2)  di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare Stato membro*)  
..... e di conoscere la lingua italiana;
- a3)  di essere familiare di cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, non avente la  
cittadinanza di uno Stato membro e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di  
soggiorno permanente oppure di essere cittadino di Paesi terzi titolare del permesso di soggiorno  
UE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato o dello status di protezione  
sussidiaria (*specificare condizione ricoperta* .....  
.....  
e di conoscere la lingua italiana, ai sensi dell'art.38 del D. Lgs. 165/2001, come modificato  
dall'art.7 della Legge 97/2013); \* *allegare idonea documentazione e il permesso di soggiorno.*
- b) di essere in possesso della laurea in ..... conseguita presso  
l'Università degli Studi di ..... in data .....
- c) di essere iscritto all'albo professionale ..... (dei medici chirurghi o degli  
odontoiatri) presso l'Ordine provinciale di ..... dal .....
- d) - di essere in possesso della specializzazione in ..... conseguita  
presso l'Università degli Studi di ..... in data .....  
- di essere in possesso della specializzazione in ..... conseguita  
presso l'Università degli Studi di ..... in data .....
- e) di non avere riportato provvedimenti penali oppure disciplinari ostativi all'eventuale conferimento  
dell'incarico;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, con esclusività dell'attività, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali interni del 04/04/2024, presso:  
..... per n. .... ore sett., dal ..... branca di .....  
..... per n. .... ore sett., dal ..... branca di .....  
..... per n. .... ore sett., dal ..... branca di .....

- di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto ACN e precedenti, la seguente anzianità di servizio: inizio incarico il ..... presso .....

- di non usufruire, in qualità di specialista ambulatoriale interno con incarico a tempo indeterminato, dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale come stabilito dall'art.54, comma 8 dell'ACN.

g) di essere inserito nella graduatoria annuale degli specialisti ambulatoriali interni ex art.19, comma 10 dell'ACN, in vigore nel periodo di pubblicazione dell'incarico, relativa alla provincia di ..... (valutabile solo iscrizione nella graduatoria della provincia di Vicenza);

h) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, **medico dipendente** del Servizio Sanitario Nazionale disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (indicare la tipologia del rapporto di lavoro, la decorrenza, i periodi, l'anzianità di servizio, l'amministrazione e la sede), oppure medico generico ambulatoriale di cui alla norma finale n.5 dell'ACN:  
.....  
.....  
.....  
.....

i) ulteriori comunicazioni ai sensi dell'art.21, comma 6 del predetto Accordo Collettivo Nazionale (es. svolgimento di altra attività compatibile per la quale ricorre, però, la soggezione alle limitazioni del massimale orario di cui all'art.28, comma 1 dell'ACN; e altre informazioni ai sensi della suddetta normativa): .....

l) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

m) di non fruire di trattamento di quiescenza (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che documentano di beneficiare delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali);

n) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.

data, .....

firma .....

- Alla domanda si deve allegare **la fotocopia non autenticata di un documento di identità** in corso di validità del sottoscrittore.
- Possono partecipare alla copertura degli incarichi a tempo indeterminato anche i candidati non inseriti nella graduatoria annuale ex art.19, comma 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

- Per gli incarichi nella branca di odontoiatria possono partecipare, in via residuale, anche i candidati, non titolari di incarico a tempo indeterminato, laureati in odontoiatria e protesi dentaria ed i laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri, privi della specializzazione; questi particolari candidati devono, altresì, se svolti, dichiarare gli incarichi a tempo determinato, provvisori e sostituzioni ricoperti ai sensi dell'ACN, precisando esattamente i periodi e la relativa Azienda Sanitaria, ai sensi della norma finale n.7 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31/03/2020 e s.m.i., come stabilito dalla norma transitoria n.3 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024, utilizzando il modulo allegato.

Modulo per dichiarare il possesso di specifiche competenze professionali,  
da compilare solo nel caso di valutazione per titoli

DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto dr. ...., nato il ..... a ..... (prov....) e  
residente a ..... (prov. ....) in via .....,  
relativamente alla domanda di disponibilità per la copertura dell'incarico pubblicato di specialista  
ambulatoriale interno presso l'ULSS n. .... nella branca di .....,  
per n. .... ore sett., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste  
dall'art. 76 del DPR 445/2000 per i casi di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

data, .....

firma .....

N.B. Si deve allegare la **fotocopia non autenticata di un documento di identità** in corso di validità  
del sottoscrittore.



Modulo integrativo riservato ai candidati, non titolari di incarico a tempo indeterminato, laureati in odontoiatria e protesi dentaria ed ai laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri, privi della specializzazione, ai sensi della norma finale n.7 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31/03/2020 e s.m.i., come stabilito dalla norma transitoria n.3 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto dr. ...., nato il ..... a ..... (prov....) e residente a ..... (prov. ....) in via ....., relativamente alla domanda di disponibilità per la copertura dell'incarico pubblicato di specialista ambulatoriale interno presso l'ULSS n..... nella branca di odontoiatria, per n. .... ore sett., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per i casi di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

di avere svolto i seguenti incarichi a tempo determinato, provvisori e sostituzioni, nella branca di odontoiatria, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per gli specialisti ambulatoriali interni (indicare con precisione i periodi di servizio e la relativa Azienda Sanitaria)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

data, .....

firma .....

N.B. Si deve allegare la **fotocopia non autenticata di un documento di identità** in corso di validità del sottoscrittore.