



## AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640



SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE

Via G. Murari Brà n. 35 - 37136 VERONA - Tel 045\8075755 - Fax 045\8075759

Verona, 15 MAR. 2016

**OGGETTO:**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA PRESSO L'AMBITO ZONALE DI VERONA - 15 Marzo 2016 (I TRIMESTRE 2016) - ARTT. 19 E 20 ACN 17.12.2015.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: LUNEDI' 11 APRILE 2016

In relazione alle comunicazioni pervenute dalle Aziende Sanitarie operanti nell'ambito zonale di Verona sono pubblicati all'albo pretorio on line dell'Azienda ULSS n. 20 di Verona, ai sensi degli artt. 18, 19 e 20 del vigente A.C.N. - Intesa del 17.12.2015, i turni disponibili sotto indicati.

**Specialisti ambulatoriali interni.**

### AZIENDA ULSS 20

#### Branca: NEFROLOGIA

UOC Nefrologia e Dialisi P.O. San Bonifacio - **ore settimanali 21,00**

Incarico a tempo determinato per 6 mesi, ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN, con orario settimanale da concordare, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN.

L'incarico è finalizzato a far fronte con immediatezza al crescente fabbisogno di prestazioni dialitiche nella popolazione del territorio afferente all'Ospedale Fracastoro, anche tenuto conto della prevista attivazione di un terzo turno, e della conseguente riorganizzazione delle attività in corso.

L'attività specialistica è da svolgersi a livello ambulatoriale, ospedaliero e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca sopraindicata.

#### Branca: GERIATRIA

*o in subordine* MEDICINA INTERNA

*o in subordine* NEUROLOGIA

Strutture di Cure Intermedie di prossima attivazione presso Distretto Socio Sanitario n. 2 - UOSD Cure Intermedie, e/o altre Sedi dell'Ulss n. 20 di Verona - **ore settimanali 20,00.**

**Incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 dell'ACN**, con orario da concordare, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN. Per la peculiarità dell'attività prevista l'incarico è indivisibile. L'attività specialistica è da svolgersi a livello ospedaliero, ambulatoriale e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario

E' richiesto il possesso della specializzazione in una delle branche sopraindicate restando inteso che verrà data priorità alle domande presentate da parte degli specialisti in Geriatria, in subordine, agli specialisti in Medicina Interna, in ulteriore subordine agli specialisti in Neurologia.

SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE tel 045 8075745 e-mail: [convenzioni@ulss20.verona.it](mailto:convenzioni@ulss20.verona.it)

Responsabile: Dr.ssa Rossana Mori

Responsabile dell'istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello

Tel. 045/8075804 Fax 045/807 5759 - email: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)

---

**AZIENDA ULSS 21 – Nota prot. n. 13697 del 9.3.2016**

**Branca: DERMATOLOGIA**

**7,00 ore settimanali** presso il Distretto Aziendale Unico, suddivise in:

- Poliambulatorio Punto Sanità Distrettuale di Bovolone 3,00 ore il giovedì,
- Poliambulatorio Punto Sanità Distrettuale di Legnago 4,00 ore il venerdì.

**Incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 dell'ACN**, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN. L'attività specialistica è da svolgersi a livello ospedaliero, ambulatoriale e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario. E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca sopraindicata.

**Azienda ULSS 22 – Nota prot. n. 12884 del 7.3.2016**

**Branca: PSICHIATRIA**

**30,00 ore settimanali** presso il Dipartimento di Salute Mentale.

**Incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 dell'ACN**, con orario da concordare, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN. L'attività specialistica è da svolgersi a livello ospedaliero, ambulatoriale e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca sopraindicata.

**Branca: OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Centro Screening – Poliambulatori Ospedale di Bussolengo - **ore settimanali 10,00**, con orario da concordare.

**Incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 del vigente ACN**, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN. L'attività specialistica è da svolgersi a livello ospedaliero, ambulatoriale e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e necessario.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca sopraindicata e delle seguenti specifiche competenze professionali:

**comprovata esperienza nell'esecuzione di colposcopie nell'ambito degli approfondimenti di secondo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina.**

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA**

*Nota prot. n. 11994 del 9.3.2016*

**Branca: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

UOC di Immunologia dell'Ospedale di Borgo Roma - **ore settimanali 20,00**, con orario da concordare.

**Incarico a tempo determinato, con decorrenza dalla data di conferimento dell'incarico fino al 31.12.2016, ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN**, non frazionabile ai sensi dell'art. 18, comma 4, ACN. L'attività specialistica è da svolgersi a livello ospedaliero, ambulatoriale e/o domiciliare e/o presso soggetti terzi esterni, ove previsto e

SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE – Tel. 045 8075745 e-mail: [convenzioni@ulss20.verona.it](mailto:convenzioni@ulss20.verona.it)

Responsabile: Dr.ssa Rossana Mori

Responsabile dell'istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello

Tel. 045/8075804 Fax 045/807 5759 – e-mail: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)

necessario.

L'incarico viene assegnato in deroga alle norme sul contenimento della spesa, con oneri e costi a carico dello specifico finanziamento regionale di cui al decreto del GSA n. 5/2015. L'attività verrà svolta nell'ambito del Programma Regionale di Consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "Canale Verde" e si rende necessaria per la valutazione clinica di soggetti di età pediatrica che presentano potenziali controindicazioni alle vaccinazioni o reazioni avverse di tipo neurologico ai vaccini previsti dal calendario regionale. Essa, pertanto, riveste particolare importanza per la gestione degli utenti con problematiche riguardanti le vaccinazioni e rientra nelle azioni volte a contrastare il calo di adesione alle vaccinazioni stesse.

E' richiesto il possesso della specializzazione nella branca di neuropsichiatria Infantile e delle seguenti specifiche competenze professionali:

**esperienza almeno triennale in attività di :**

- gestione delle vaccinazioni in soggetti a rischio di eventi avversi neurologici post vaccinici;
- vaccino vigilanza e valutazione del nesso di causalità tra vaccinazioni e patologie neurologiche;
- diagnosi di patologie neurologiche immuno – mediate post vacciniche;
- gestione e analisi di banche dati di eventi avversi e vaccini.

\*\*\* \*\*

Lo specialista interessato dovrà inviare la propria disponibilità al Comitato Consultivo Zonale **dal 1° al 10° giorno del mese di APRILE 2016, prorogato di diritto all'11 aprile essendo il 10 aprile giornata festiva, utilizzando il modello di domanda riportato in allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente avviso a mezzo di:**

- ***lettera raccomandata A.R. (farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante) al seguente indirizzo: Servizio Professionisti in Convenzione dell'Azienda Ulss 20 di Verona, via G. Murari Brà, 35 – 37136 VERONA***  
ovvero
- ***PEC all'indirizzo: convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it***

*allegando fotocopia di un valido documento di identità e apponendo sulla domanda marca da bollo da € 16,00.*

*Nel caso di invio a mezzo PEC compilare anche l'allegato A alla domanda seguendone le istruzioni.*

I requisiti prescritti - per i quali si rinvia alle disposizioni di cui al vigente A.C.N. - devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dall'avviso per la presentazione delle domande.

**Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.**

I candidati potranno eventualmente essere sottoposti a specifico colloquio e/o prova teorico-pratica al fine di verificare il possesso delle specifiche capacità professionali richieste.

SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE – Tel. 045 8075745 e-mail: [convenzioni@ulss20.verona.it](mailto:convenzioni@ulss20.verona.it)

Responsabile: Dr.ssa Rossana Mori

Responsabile dell'istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello

Tel. 045/8075804 Fax 045/807 5759 – e-mail: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)

Si ricorda che a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.

Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dei titoli stessi.

Le Amministrazioni Pubbliche sono comunque tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui ai succitati articoli 46 e 47 nonché tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle Pubbliche Amministrazioni, previa indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

I titoli conseguiti presso soggetti privati possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. 445/2000. Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva.

Le dichiarazioni sostitutive verranno redatte dal candidato mediante la compilazione del modello di domanda allegato.

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445, qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal candidato, lo stesso decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

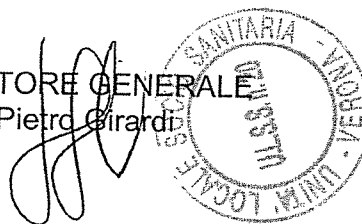
Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro degli specialisti ambulatoriali interni.

*Il presente avviso viene pubblicato nel sito della Azienda ULSS 20: [www.ulss20.verona.it](http://www.ulss20.verona.it) – Albo on line – “Albo Pretorio” ed altresì nella sezione “Convenzionata”.*

Per ogni eventuale informazione si prega di rivolgersi a: dott.ssa Cristina Menorello (tel. 045/807 5804) - oppure all'indirizzo e-mail: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Pietro Girardi



COPIA:

Direzione Generale  
Direzione Sanitaria  
Direzione Amministrativa  
Direzione dei Servizi Sociali

SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE – Tel. 045 8075745 e-mail: [convenzioni@ulss20.verona.it](mailto:convenzioni@ulss20.verona.it)

Responsabile: Dr.ssa Rossana Mori

Responsabile dell'istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello

Tel. 045/8075804 Fax 045/807 5759 – e-mail: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)

Applicare la marca da bollo  
da € 16,00 (secondo le  
vigenti disposizioni in  
materia)

All'Azienda Ulss 20 di Verona  
sede del Comitato Consultivo Zonale di Verona  
c/o U.O. C. Servizio Professionisti in  
Convenzione  
Via G. Murari Brà, 35  
37136 – VERONA  
PEC: [convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it](mailto:convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC (obbligatoria) \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

comunica la propria disponibilità per la copertura del turno vacante di n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
nella branca di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e  
successive modifiche e integrazioni

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del  
D.P.R. 445/2000 nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445, in caso  
di dichiarazioni non veritiere:

1) di essere cittadino (specificare) \_\_\_\_\_;

---

2) di essere in possesso di laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri presso l'Ordine di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

4) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:  
specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

5) di essere in possesso delle particolari capacità professionali richieste per il turno in quanto (indicare l'attività svolta, precisando azienda o ente, la tipologia del rapporto di lavoro, la data inizio e fine rapporto, e ogni ulteriore elemento utile ad attestare il possesso delle particolari capacità professionali richieste nell'avviso) per le quali allega curriculum e documentazione comprovante le stesse:

---

---

---

---

---

---

---

6) di non avere riportato provvedimenti disciplinari ovvero di avere riportato i seguenti provvedimenti disciplinari (specificare):

---

---

e di non avere procedimenti disciplinari in corso ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso (specificare):

---

---

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

8) di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

9) di dichiarare la disponibilità alla rimozione di eventuali situazioni di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso.

### DICHIARA ALTRESI'

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, *nell'ambito zonale di Verona*, attività ambulatoriale nella specialità regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015, presso:

ULSS/ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

ULSS/ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

ULSS/ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di Verona per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

b) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato che svolge, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 in *diverso ambito zonale della Regione Veneto o di altra Regione confinante*:

ULSS/ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato *in ambito zonale di Regione non confinante* che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

ULSS n. \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ - sede provinciale di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

d) di essere titolare di incarichi nelle seguenti branche \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata  
dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 e di richiedere di concentrare in  
una sola branca (\_\_\_\_\_) il numero complessivo di ore d'incarico;

e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di  
\_\_\_\_\_, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale  
regolamentata dal vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 e di chiedere il  
passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito zonale di Verona, con  
svolgimento della seguente altra attività compatibile (specificare)  
\_\_\_\_\_, e nel rispetto di quanto previsto  
dall'art. 26, comma 1, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015;

g) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal  
\_\_\_\_\_(specificare indirizzo e contatti)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
h) di essere iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 del vigente Accordo Collettivo  
Nazionale del 17.12.2015 in vigore per il 2016 nella provincia di Verona (con esclusione  
dei già titolari di incarico a tempo indeterminato) al numero: \_\_\_\_\_;

i) di essere titolare dell'incarico di :

- medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

- medico specialista pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_



dal \_\_\_\_\_

- medico dipendente di struttura pubblica presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

in possesso della specializzazione richiesta e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

l) di avere conseguito il numero di crediti ECM previsto dalla normativa vigente;

m) di essere specialista non iscritto in graduatoria che chiede di partecipare alla procedura di conferimento di incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 20, comma 3, del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015, con esercizio della seguente attuale attività professionale: \_\_\_\_\_;

o) altre eventuali informazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

p) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente procedura ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

ALLEGA: Fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente  
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)  
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

**DICHIARAZIONE**

*(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
indirizzo pec: \_\_\_\_\_  
in riferimento alla domanda di partecipazione per l'assegnazione dei turni di medicina specialistica ambulatoriale interna prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:
  - a. data e ora di emissione: \_\_\_\_\_
  - b. IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_
2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile

**INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:**

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola *(ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972, si precisa infatti che l'annullamento delle marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...) E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza")*;
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in **formato pdf come unico file** nominandolo come segue: **cognome-nome.pdf** (es. rossi-mario.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativo personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: **convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it**; l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4;
- 6) La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE – Tel. 045 8075745 e-mail: [convenzioni@ulss20.verona.it](mailto:convenzioni@ulss20.verona.it)

Responsabile: Dr.ssa Rossana Mori

Responsabile dell'istruttoria: Dr.ssa Cristina Menorello

Tel. 045/8075804 Fax 045/807 5759 – e-mail: [cmenorello@ulss20.verona.it](mailto:cmenorello@ulss20.verona.it)