

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN VARIE DISCIPLINE.

SI RENDE NOTO CHE

in esecuzione del Provvedimento del Commissario Straordinario n.

è stata indetta procedura selettiva pubblica, mediante valutazione comparativa dei curricula formativi e professionali, per il conferimento di incarichi libero professionali a medici specialisti in:

- Nefrologia;
- Endocrinologia;
- Malattie Infettive;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Dermatologia;
- Cardiologia;
- Medicina Nucleare;
- Gastroenterologia;
- Psichiatria;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Chirurgia Vascolare;
- Ematologia;
- Urologia;
- Medicina Trasfusionale.

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI:

Sono richiesti i seguenti requisiti:

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia
- Abilitazione all'esercizio della professione
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi
- Specializzazioni nelle discipline d'interesse o discipline equipollenti o affini.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda di ammissione alla selezione .

TIPOLOGIA COMPENSO E DURATA DELL' INCARICO

Gli incarichi, da espletarsi presso i Presidi Ospedalieri dell' Azienda USL Latina avranno una durata variabile da stabilire in sede di conferimento dell'incarico, richiederanno un impegno lavorativo per un massimo di 40 ore settimanali, con una programmazione compatibile con le esigenze di funzionalità dell'unità operativa di assegnazione e d'intesa con il Responsabile della medesima .

Il compenso orario lordo onnicomprensivo è determinato in € 50,00 comprensivo di qualsivoglia onere (iva, ritenute fiscali,ecc ..) e di eventuali spese di trasferta .

L'incarico sarà regolato da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 e ss . cod. civ., senza vincolo di subordinazione.

All'atto del conferimento dell'incarico, il professionista dovrà provvedere a stipulare e presentare all'Azienda USL Latina idonea polizza assicurativa per la copertura degli Infortuni e della Responsabilità Civile verso Terzi in relazione all'attività professionale da prestare.

PRESENTAZIONE DOMANDE

Le domande redatte su carta semplice debitamente firmate e datate, indirizzate al Commissario Straordinario della Azienda USL Latina - Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori – Palazzina G2 – Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. 04100 Latina - devono pervenire entro il 7° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito Aziendale, giorno che assume il valore di prima scadenza del presente avviso:

1. a mezzo posta elettronica certificata (PEC) intestata al candidato al seguente indirizzo PEC: concorsi@pec.ausl.latina.it con indicazione nell'oggetto della dicitura "Avviso pubblico per il conferimento incarichi libero professionali varie discipline".

Si precisa che tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all'utilizzo da parte del candidato di una propria casella di posta elettronica certificata. Pertanto non sarà ritenuto valido l'invio di posta elettronica semplice/ordinaria, ovvero da PEC non personale anche se indirizzata all'indirizzo PEC aziendale sopra indicato.

2. consegna personale, o tramite terzi, all'Ufficio Protocollo dell'Azienda USL Latina – Viale Pier Luigi Nervi s.n.c., Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori – Torre G2 – Latina (orari di ricevimento del pubblico: tutti i giorni dalle 9.00

alle 12.00 ed il martedì e giovedì anche dalle 15.00 alle 16.00).

Nel caso in cui il termine per la presentazione della domanda cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno successivo.

Le domande che perverranno nei successivi 30 giorni, ovvero 60 giorni, ovvero 90 giorni dalla data di prima scadenza del presente avviso (sette giorni dalla pubblicazione), saranno prese in considerazione con le medesime modalità qualora l'Azienda ne ravvisi la necessità.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore, non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta secondo il modello Allegato A al presente avviso. Alla domanda di partecipazione gli aspiranti dovranno allegare:

- curriculum formativo e professionale del candidato in carta semplice, datato e firmato. Il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- fotocopia del documento di identità in corso di validità;

I titoli e le pubblicazioni devono essere autocertificati ai sensi della normativa vigente (DPR.445/2000 e L.183/2011).

Qualora il candidato presenti più fotocopie semplici, l'autocertificazione può essere unica, ma contenente la specifica dei documenti a i quali si riferisce.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e materialmente presentate. Possono tuttavia essere presentate in fotocopia ed autocertificate dal candidato, ai sensi del citato D.P.R. n. 445/00.

L'Azienda si riserva la facoltà di verificare quanto dichiarato e prodotto dal candidato.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità, il candidato decade con effetto immediato dai benefici eventualmente conseguiti, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci.

Il mancato possesso anche di un solo requisito per la ammissione o la mancata sottoscrizione della domanda determinano l'esclusione dall'avviso.

CRITERI DI VALUTAZIONE

Gli incarichi oggetto del presente avviso saranno conferiti con provvedimento del Commissario Straordinario, previa valutazione comparata dei curricula dei candidati effettuata da apposita Commissione, della quale faranno parte rappresentanti dell'Azienda..

La valutazione comparata dei curricula professionali verrà effettuata sulla base della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, con particolare riferimento a – Formazione accademica - Attività professionali - Attività formative, di studio e aggiornamento - Attività didattica - Attività scientifica - dall'apposita Commissione.

L'esito della procedura comparativa, recepito con provvedimento del Commissario Straordinario, sarà pubblicata sul sito internet dell'Azienda.

CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI – RISOLUZIONE DEL RAPPORTO

L'Azienda alla scadenza di ogni termine provvederà a formulare la relative graduatoria di merito. Le graduatorie formulate verranno utilizzate provvedendo allo scorrimento progressivo delle medesime.

Gli incarichi saranno conferiti secondo l'ordine di graduatoria e verranno regolati da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 e ss. cod. civ., senza vincolo di subordinazione da svolgersi nel rispetto delle direttive fornite dalla competente struttura di riferimento.

L'Azienda potrà risolvere i contratti per inadempienza, con un preavviso di almeno 15 giorni, qualora i risultati delle prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto previsto nel contratto ovvero del tutto insoddisfacenti.

Il rapporto si risolve comunque automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto .

L'Azienda si riserva in ogni momento la facoltà di prorogare, sospendere , modificare o revocare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva di

tutte le condizioni e clausole in esso previste.

Per eventuali chiarimenti o informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi alla U.O.C. Reclutamento, Stato Giuridico ed Economico Tel. 0773/6556533 Latina.

Il Commissario Straordinario
Dr. Giorgio Casati

F.to

ALLEGATO A - FAC SIMILE DOMANDA

**Al Commissario Straordinario
della Azienda USL Latina
Viale P.Luigi Nervi snc
Centro D.C. "Latina Fiori", Pal. G2
04100 LATINA**

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per il conferimento di incarichi libero professionali a medici specialisti in Varie Discipline.

Il/La sottoscritt- _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per l'affidamento di incarichi libero professionali a medici specialisti disciplina _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità :

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di essere residente a _____ prov. _____
in via _____ n. _____ cap _____ tel. _____
celi. n° _____
- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguito in data _____
presso _____
con votazione _____
- Di essere in possesso della specializzazione in _____
conseguita in data _____ presso _____
con votazione _____
- Di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo in data _____
presso _____
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____
al n. di posizione _____
- Di essere titolare di partita IVA n° _____, ovvero di impegnarsi ad aprirla nel caso di affidamento dell'incarico;
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (se non iscritto/a indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime)

- Di non avere riportato condanne penali (in caso contrario indicare gli eventuali procedimenti penali)
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (in caso contrario indicare gli eventuali procedimenti penali in corso)
- Di non essere stato destituito/a o dispensato/a da altro impiego pubblico per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi;
- Di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi;
- Di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico;
- Di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella svolta ASL Latina;
- Di aver preso visione e di accettare, senza riserve, tutte le clausole e le condizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dell'incarico, indicate nel presente avviso.
- Di autorizzare l'ASL Latina al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla selezione, vengano inviate al seguente indirizzo:

_____ ovvero
al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria.

_____ @ _____
(scrivere in modo leggibile e chiaro)

_____ ovvero
ai seguente indirizzo di posta elettronica certificata

_____ @ _____
(scrivere in modo leggibile e chiaro)

e si impegna a far conoscere eventuali successive variazioni di indirizzo riconoscendo che l'ASL Latina non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale del candidato in carta semplice, datato e firmato (Il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se **redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** ai sensi del DPR n.445/2000);
- fotocopia del documento di identità in corso di validità;

li/La sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, *così* come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Data, _____

Firma del candidato

(non deve essere autenticata)

"NOTA BENE"

L'Amministrazione procederà ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese con la presente domanda. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dai controlli di cui sopra emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN

IO SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;

consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

di essere nato/a a _____ (____), il _____

C.F. _____ e di risiedere a _____

_____ indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

./ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data _____ con voto _____

presso _____

./ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in _____

conseguita in data _____ con voto _____

presso _____

ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

-ulteriori qualificazioni professionali possedute:

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in TITOLO: _____

-ulteriori informazioni:

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (denominazione dell'ente) con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale *
- ☐ Struttura Privata

** È necessario precisare l'esistenza dell'accreditamento e delle convenzioni con il SSN per rendere possibile la valutazione dell'esperienza professionale*

con contratto di tipo:

- ☐ dipendente;
- ☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi) = _____
- ☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di _____ (indicare qualifica)

- ☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ a tempo pieno ☐ a impegno ridotto (ore sett. __)
- ☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ a tempo pieno ☐ a impegno ridotto (ore sett. __)
- ☐ con incarico di _____
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: ☐ NO ☐ SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA (es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: O DISCENTE

O RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

— ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

O con superamento esame finale;

O non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA(es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: O DISCENTE

DRELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

O con superamento esame finale;

O non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA(es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: O DISCENTE

O RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

— ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

O con superamento esame finale;

D non previsto esame finale

ATTIVITA' DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) = _____
tipologia contrattuale : _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale : _____

ATTIVITA' DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE : _____

ENTE ORGANIZZATORE : _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ **AL** _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALL'INCARICO DA CONFERIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO

AUTOCERTIFICARE (es. Tirocini formativi ecc)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE : _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ **AL** _____

-ulteriori informazioni :

Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine
numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

così come risulta dalla

Il Dichiarante

_____ Il _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)