



Avviso Pubblico di disponibilità di professionisti Medici per l'instaurazione rapporti di lavoro autonomo o in regime di collaborazione coordinata e continuativa, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID - 19 (ex D.L. n. 14 del 9.3.2020)

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 314 del 17.03.2020, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID – 19 e di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in coerenza a quanto disposto dal Decreto Legge n. 14 del 9 marzo 2020, è indetto avviso pubblico per acquisire la disponibilità di professionisti interessati al conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche in regime di collaborazione coordinata e continuativa, ed in particolare:

- a) Medici specializzandi, iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione;
- b) Medici laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali.

ART. 1

Requisiti per l'ammissione

Per la partecipazione all'avviso pubblico i candidati debbono essere in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

1. cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea; possono partecipare anche i familiari dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato Membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente nonché i cittadini di Paesi terzi che siano in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (art. 38 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.);
2. idoneità fisica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del Decreto Legge n.106/09. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con la osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato, a cura dell'Azienda Ospedaliera, prima della immissione in servizio;
3. Laurea in Medicina e Chirurgia;
4. iscrizione all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione (art. 1 cc. 1 lett. a) del D.L. n. 14/2020) ovvero per i laureati in Medicina e Chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione medica e iscrizione agli ordini professionali (art. 3 del D.L. n. 14/2020); per i candidati privi della cittadinanza italiana l'abilitazione all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza è subordinata al riconoscimento del titolo.

ART. 2

Domanda di ammissione e modalità d'invio

Per poter partecipare al presente avviso, i candidati dovranno far pervenire domanda, redatta in carta semplice, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" - Via Potito Petrone - 85100 Potenza, secondo una delle seguenti modalità:

- a) a mezzo e - mail al seguente indirizzo di posta elettronica: concorsi@ospedalesancarlo.it
- b) a mezzo pec al seguente indirizzo di posta certificata: concorsi@pec.ospedalesancarlo.it.

La domanda deve essere firmata, e la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.



Alla domanda il candidato deve allegare una copia del proprio documento di identità in corso di validità ed una copia firmata del proprio Curriculum Vitae.

La domanda e tutta la documentazione, compreso il documento di identità personale, devono essere allegati esclusivamente in formato PDF. Si precisa altresì che la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

La domanda deve essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, riportando tutte le indicazioni che, secondo le norme vigenti, i candidati sono tenuti a fornire.

ART. 3

Valutazione delle disponibilità e affidamento degli incarichi

Le disponibilità pervenute andranno a costituire una banca dati, suddivisa tra le categorie sopra indicate (specializzandi o laureati con abilitazione professionale ed iscrizione all'Ordine). Sulla base delle necessità dei diversi settori specialistico assistenziali correlate all'evoluzione dell'emergenza in corso, periodicamente definite dalla Direzione aziendale, si provvederà a una valutazione comparativa delle domande al momento presenti in banca dati al fine di individuare i soggetti cui attribuire i relativi incarichi le cui caratteristiche (settore di attività, sede lavorativa, durata, impegno orario, compenso...) verranno rese note ai professionisti ai fini della costituzione del relativo rapporto di lavoro autonomo.

Ove necessario, potranno essere richiesti ulteriori elementi ed effettuati approfondimenti (anche tramite eventuali colloqui), volti alla migliore valutazione delle caratteristiche dei diversi professionisti in relazione alle attività da svolgere.

ART. 4

Scadenza termini e validità della banca dati

Il presente avviso rimarrà aperto e la relativa banca dati verrà utilizzata fino al perdurare dello stato di emergenza sulla base delle indicazioni nazionali e regionali in materia.

ART. 5

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali, compreso i dati sensibili, forniti dai candidati o acquisiti d'ufficio saranno raccolti presso l'UO Gestione Risorse Umane, anche in banca dati automatizzata, per le finalità inerenti la gestione della procedura, e saranno trattati dalla medesima U.O. anche successivamente, a seguito di eventuale instaurazione di rapporto di lavoro, per la gestione dello stesso. Nel trattamento e utilizzo dei dati è compresa ogni forma di comunicazione e pubblicazione correlata alle stesse procedure. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni nonché per i successivi adempimenti previsti dalla normativa vigente, ivi compreso il Dlgs 33/13. L'indicazione dei dati richiesti è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura. Ai sensi degli artt. 15 e sgg. del predetto Regolamento i candidati hanno diritto di accedere ai dati che li riguardano e di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione di dati non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi. Titolare del trattamento è l'AOR San Carlo.

Ai sensi dell'art. 15, co. 1, del D.Lgs. 14.3.2013 n. 33 e s.m.i., l'Azienda U.S.L. è tenuta a pubblicare sul sito internet aziendale il curriculum vitae del professionista affidatario del presente incarico di lavoro autonomo

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Massimo BARRESI



Schema della domanda (in carta semplice)

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo"
Via Potito Petrone
85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
Residente a _____ Cap. _____ Prov. _____
Via _____ n.° _____
Telefoni _____ e-mail _____
Pec: _____

c h i e d e

di essere ammess_ a partecipare all'Avviso Pubblico di disponibilità di professionisti Medici per l'instaurazione rapporti di lavoro autonomo o in regime di collaborazione coordinata e continuativa, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID - 19 (ex D.L. n. 14 del 9.3.2020).

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in base ad una dichiarazione non veritiera nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii

dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

- a) di essere nato/a a _____ il _____;
- b) di essere cittadin_ italian_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____, ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- c) di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);
- d) di essere in possesso:
 - della Laurea in Medicina e Chirurgia;
 - di essere iscritto al ____ anno della scuola di Specializzazione in _____ presso l'Università di _____;
- e) di essere iscritt_ all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____;

l sottoscritt_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n.196/03 e ss.mm.ii., l'Azienda Ospedaliera al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità dell'avviso per cui è fatta l'istanza.

Data _____

FIRMA



Alla presente domanda devono essere allegati:

1. copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, come da fac-simile Allegato 1;
3. curriculum formativo e professionale datato e firmato, siglato in ogni pagina;
4. ogni ulteriore documentazione utile ai fini della valutazione;
5. elenco datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente documento o titolo.



Allegato 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

*l_ sottoscritt_ _____, nat_ il _____ a
_____ Prov. di _____ e residente in
_____ Via _____ n._____,
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.*

DICHIARA

- 1. di essere cittadino/a italiano/a ovvero di essere cittadin_ di uno dei Paesi dell' Unione Europea: _____ ovvero familiare di un cittadino di uno Stato Membro dell'U.E. in possesso del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;*
- 2. di essere cittadino di Paese terzo (indicare il Paese) _____ e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o di essere in possesso dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (depenare la parte che non interessa);*
- 3. di essere in possesso - della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso l'Università _____;*
- 4. di essere iscritto al _____ anno della scuola di Specializzazione in _____ presso l'Università _____ della durata di anni _____ ;*
- 5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ ;*
- 8. che i dati indicati nel curriculum formativo e professionale sono rispondenti al vero;*

Data _____

FIRMA

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., alla presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità del sotto scrittore in corso di validità.