



## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

### **AVVISO PUBBLICO PER FORMULAZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI IDONEI DA INDICARE PER LE COMMISSIONI D'ESAME FINALE DI QUALIFICA DI ASSISTENTI DI STUDIO ODONTOIATRICO**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, con atto deliberativo n. 28 del 27 gennaio 2023;

Viste le Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali dettate dalla L. 01/02/2006, n. 43;

Considerata la necessità di formare un elenco di Odontoiatri da delegare quali rappresentanti nelle Commissioni per gli esami finali di Assistenti di Studio Odontoiatrico – sedi formativo-professionali della Provincia di Frosinone;

Visto l'Accordo Stato-Regioni n.209 del 23 novembre 2017 concernente l'individuazione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art.1, comma 2, della Legge n.42/2006 e per la disciplina della relativa formazione;

Preso atto del DPCM 9 febbraio 2018, avente ad oggetto l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di studio odontoiatrico e l'approvazione degli standard professionale, formativo e di attestazione relativi a tale profilo, considerati il Protocollo d'Intesa siglato dal Ministero del Lavoro il 9 gennaio 2001 tra Andi, OO.SS. di CGIL, CISL e UIL di comparto ed il CCNL dei dipendenti degli studi odontoiatrici sottoscritto il 30 marzo 2017;

Vista la Delibera della Regione Lazio n.216 dell'08/05/2018 di recepimento del suddetto DPCM del 9 febbraio 2018;

Visto l'Accordo Stato-Regioni n.199 del 7 ottobre 2021 concernente l'individuazione del profilo professionale dell'assistente di studio odontoiatrico (ASO), quale operatore d'interesse sanitario a sostituzione del precedente Accordo n.209;

Preso Atto del DPCM 9 marzo 2022 con il quale viene recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 199 del 7 ottobre 2021;

Vista la stretta collaborazione richiesta costantemente negli ultimi tre anni da parte della Direzione Regionale Sanità agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Lazio per l'individuazione degli esperti sanitari del settore medico e odontoiatrico, prevedendo che siano gli stessi Ordini ad individuare o indicare rappresentanti tra i sanitari che risultino iscritti nei relativi albi professionali;

Visto il Piano triennale anticorruzione e per la trasparenza adottato da questo Ordine;

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13-9-1946 n. 233)

Via Fosse Ardeatine, 101 – 03100 Frosinone – Codice Fiscale 80000950602 – Tel. 0775.852701 / 02

FAX 0775.853163 – pec: [omceofrsegreteria@pec.it](mailto:omceofrsegreteria@pec.it); e-mail: [info@ordinemedicifrosinone.it](mailto:info@ordinemedicifrosinone.it)



## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

Si rende necessario costituire apposito elenco di Odontoiatri volontari dai quali attingere per integrare e/o supportare l'attività già svolta dai componenti del Consiglio Direttivo, per la nomina dei membri di Commissioni

### 1) ASSISTENTI DI STUDIO ODONTOIATRICO.

#### Requisiti minimi per l'ammissione all'elenco

- ✦ Iscrizione all'Albo Professionale dell'OMCeO di Frosinone
- ✦ 5 anni di anzianità nel profilo professionale
- ✦ Trasmettere curriculum vitae in formato europeo aggiornato, firmato e con dichiarazione per il trattamento dei dati
- ✦ Dichiarare la propria disponibilità a comunicare tempestivamente qualsiasi circostanza sopraggiunta di inconferibilità dell'incarico alla Regione Lazio e alla Scuola
- ✦ Impegnarsi a trasmettere nei tempi indicati la modulistica fornita

#### Remunerazioni

Gli incarichi di rappresentanza sono totalmente gratuiti, salvo eventuali rimborsi spesa o gettoni erogati dalla Regione Lazio dei quali l'Ordine non è in alcun modo responsabile.

#### Trasmissione

Le domande verranno valutate solo attraverso i requisiti di accesso e serviranno a stilare un elenco degli idonei da cui si attingerà a rotazione delle chiamate oppure direttamente forniti alla Regione o alle scuole che ne faranno richiesta ufficiale.

Gli interessati potranno far pervenire la domanda presso l'Ordine tramite PEC all'indirizzo:

[segreteria.fr@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fr@pec.omceo.it)

#### Termini Temporalì per l'inoltro delle domande

I termini di prima scadenza delle domande, per il 2023, sono i seguenti: dal 12 giugno 2023 al 12 luglio 2023.

I termini verranno rinnovati ogni 6 mesi dandone comunicazione agli iscritti dell'albo, a mezzo pec; sarà cura degli iscritti avanzare apposita richiesta di cancellazione dall'elenco.

Le domande verranno accettate in ordine di arrivo ed i nominativi risultati idonei formeranno via via un elenco immediatamente utilizzabile. Si fa presente che le domande pervenute fuori termine non potranno essere prese in considerazione.



## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

Nella domanda (allegata al presente bando) gli aspiranti dovranno dichiarare, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, d.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità:

- Data, luogo di nascita, codice fiscale;
- Indirizzo di residenza/domicilio;
- Titoli di studio posseduti;
- Data e numero di iscrizione all'Albo professionale;
- Anzianità di servizio quale odontoiatra nei relativi ambiti e discipline stabiliti;
- Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) presso cui, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni eventuale comunicazione ufficiale;
- Numero di telefono cellulare.

Al momento dell'eventuale conferimento dell'incarico, l'odontoiatra avrà cura di restituire, a mezzo pec, il curriculum aggiornato e i 3 moduli dichiarativi che gli verranno trasmessi.

Frosinone, 27/01/2023

ALLEGATO 1 -Domanda di partecipazione



## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI FROSINONE

DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DI PROFESSIONISTI DISPONIBILI A FAR PARTE DELLE COMMISSIONI D'ESAME FINALE  
DEI CORSI PROFESSIONALI PER LA QUALIFICA DI ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

La/Il Sottoscritta/o.....

Iscritto dal.....presso l'OMCeO di Frosinone con n.° ....., nell'Albo Odontoiatri;

Codice Fiscale .....

presenta domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formulazione di un elenco di professionisti idonei da nominare nell'ambito dei corsi di formazione per ASO.

### A tal proposito dichiara:

di essere nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

residente a \_\_\_\_\_;

di essere domiciliato \_\_\_\_\_;

Tel \_\_\_\_\_;

email: \_\_\_\_\_;

Pec: \_\_\_\_\_;

### di essere in possesso dei seguenti titoli di studio ulteriori rispetto all'abilitazione:

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

### di aver prestato e di prestare la seguente attività professionale:

disciplina: \_\_\_\_\_

in qualità di Libero Professionista \_\_\_\_\_ Dipendente \_\_\_\_\_ Convenzionato \_\_\_\_\_

presso: \_\_\_\_\_

dalla data \_\_\_\_\_.

-Allego il curriculum vitae aggiornato e firmato;

-Allego fotocopia del documento di identità (carta identità/patente)

**-Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679). Autorizzo la pubblicazione e la diffusione dei miei dati ai fini del presente bando e della Trasparenza. Mi impegno a dichiarare, secondo modulistica che mi verrà fornita, ogni impedimento all'incarico.**

Il candidato

....., li.....

\_\_\_\_\_