

**Classificazione DR Lazio**

**Processo:** relazioni direzionali e comunicazione esterna

**Macroattività:**

**Attività:**

**Tipologia:** comunicazioni da e per altre strutture

**Protocollo:** SI

**Fascicolo:** avviso odontoiatria 2017

**Sottofascicolo:**

10 AGO. 2017

All'Ordine dei medici – chirurghi ed  
odontoiatri di Roma

[protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it)

All'Ordine dei medici – chirurghi ed  
odontoiatri di Latina

[ordine@pec.ordinemedicilatina.it](mailto:ordine@pec.ordinemedicilatina.it)

All'Ordine dei medici – chirurghi ed  
odontoiatri di Rieti

[info@omceorieti.gov.it](mailto:info@omceorieti.gov.it)

All'Ordine dei medici – chirurghi ed  
odontoiatri di Viterbo

[Segreteria.vt@oec.omceo.it](mailto:Segreteria.vt@oec.omceo.it)

All'Ordine di medici – chirurghi ed  
odontoiatri di Frosinone

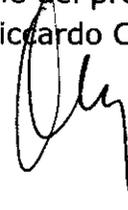
[Protocollopec.fr@pec.omceo.it](mailto:Protocollopec.fr@pec.omceo.it)

**Oggetto:** Avviso pubblico di selezione comparativa per il conferimento di n. 10 incarichi di collaborazione autonoma per medici odontoiatri

Si trasmette in allegato l'avviso di cui all'oggetto pubblicato sul sito dell'Istituto in data 8 agosto 2017 (v. art. 15 Avviso), al fine di un'ampia diffusione tra gli specialisti interessati.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente  
Responsabile del procedimento  
Dott. Riccardo Chieppa



ALLEGATI: Avviso

## AVVISO

**OGGETTO: procedura comparativa per il conferimento di n. 10 incarichi di collaborazione autonoma per medici Odontoiatri.**

### LA DIREZIONE REGIONALE PER IL LAZIO

Visto l'art. 7 del Decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165;

Visto l'art. 7 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, come convertito nella Legge 30 luglio 2010 n. 122, il quale prevede che le Amministrazioni Pubbliche disciplinino e rendano pubbliche, secondo i propri ordinamenti, le procedure di selezioni comparative per il conferimento di incarichi di collaborazione;

vista la Delibera del Presidente - Commissario Straordinario n. 222 del 19 novembre 2009, con la quale viene emanato il regolamento per la disciplina delle procedure di selezione comparative del conferimento degli incarichi di collaborazione;

accertato che le esigenze sotto indicate non possono essere coperte con le professionalità disponibili all'interno delle Sedi INAIL del Lazio;

### INDICE

una procedura comparativa per il conferimento di n. 10 incarichi professionali di collaborazione autonoma diconsulente odontoiatra, regolarmente iscritto all'Albo degli Odontoiatri, suddivisi in 5 Province della Regione Lazio.

Le attività di consulenza, da eseguirsi a favore degli infortunati e tecnopatici assistiti dall'INAIL, saranno svolte, secondo la ripartizione di seguito indicata, a favore delle Province di:

– Roma	n. 2 incarichi
– Latina	n. 2 incarichi
– Frosinone	n. 2 incarichi
– Rieti	n. 2 incarichi
– Viterbo	n. 2 incarichi

Ogni specialista potrà presentare domanda per una sola Provincia, compilando una sola "Domanda di partecipazione" (**allegato 1**).

Qualora non fossero individuati professionisti per una o più Province, la Direzione regionale Lazio si riserva di attingere dalle restanti graduatorie.

## **1. OGGETTO DEGLI INCARICHI**

Gli incarichi riguarderanno le seguenti prestazioni:

### **a) visita odontoiatrica preventiva finalizzata a:**

- formulare un parere sul nesso di causalità tra le lesioni odontoiatriche ed il trauma denunciato all'Istituto;
- definire il piano terapeutico, anche tenendo conto della congruità di eventuali altri piani terapeutici predisposti da odontoiatri di fiducia del paziente, illustrando all'assistito la più adeguata soluzione tecnica e fornendo le relative informazioni;
- predisporre il preventivo di spesa, sempre tenendo conto di eventuali altri preventivi predisposti da odontoiatri di fiducia del paziente, riconducendo le relative voci al tariffario allegato (allegato A) previsti in misura fissa;
- redigere una relazione complessiva;

### **b) collaudo dei lavori effettuati da odontoiatri di fiducia dei pazienti finalizzato alla verifica:**

- della rispondenza con il lavoro preventivato dagli stessi, riconducendo le relative voci al tariffario allegato (allegato A) previste in misura fissa;
- della qualità dei materiali utilizzati per i lavori e la loro conformità alla normativa vigente, anche dell'Unione europea.

**Lo svolgimento delle prestazioni oggetto dei presenti incarichi ha esclusivo carattere di consulenza e non già curativo**, con la conseguenza che deve ritenersi incompatibile con la fornitura, anche indiretta, di prestazioni curative all'assicurato, pena la conseguente risoluzione automatica dei rapporti contrattuali con l'Istituto.

Per tutti gli eventuali accertamenti diagnostici effettuati dallo specialista odontoiatra convenzionato per le attività medico legali con l'INAIL dovrà farsi riferimento agli importi riportati nella tabella allegata previsti in misura fissa (allegato A).

## **2. DURATA DEGLI INCARICHI**

L'incarico professionale, decorrente dalla data del conferimento, avrà scadenza il **28 febbraio 2019** e non prevede rinnovo tacito.

L'INAIL si riserva, comunque, di recedere dai rapporti in corso, a suo insindacabile giudizio, mediante semplice invio di raccomandata con ricevuta di ritorno.

### **3. REQUISITI GENERALI**

Il professionista deve possedere i seguenti requisiti, che costituiscono condizione di ammissione alla selezione:

1. possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri della U.E., purchè si abbia adeguata conoscenza della lingua italiana;
2. godimento dei diritti civili e politici;
3. insussistenza di condanne penali con sentenza definitiva per reati incidenti sulla moralità professionale o che abbiano comportato o comportino quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
4. insussistenza di cause ostative ai sensi della legislazione vigente in materia di antimafia (D.Lgs. n. 159/2011);
5. assenza di incompatibilità con le norme disciplinanti l'attività oggetto dell'Avviso;
6. insussistenza di situazioni di conflitti d'interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001;
7. insussistenza dello status di "pensionato" ai sensi dell'art. 6 del d.l. n. 90/2014 come convertito con Legge n. 114/2014;
8. regolarità con i pagamenti relativi a imposte, tasse e contributi previdenziali
9. insussistenza di rapporto di lavoro dipendente, di esercizio di funzioni di ordine fiscale, di contenziosi civili e amministrativi pendenti con l'INAIL;

### **4. REQUISITI PROFESSIONALI DI PARTECIPAZIONE**

Alla selezione per il conferimento dell'incarico in oggetto possono partecipare i seguenti soggetti: odontoiatri e/o medici abilitati ed esercenti la libera professione di odontoiatra in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Laurea in Medicina (vecchio ordinamento universitario) e specializzazione in Odontoiatria/Chirurgia Maxillo-Facciale oppure Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria;
- b) iscrizione all'Albo degli Odontoiatri e relativi requisiti per l'autorizzazione all'esercizio professionale secondo la normativa vigente;
- c) comprovata e documentata esperienza di carattere sia professionale che formativo in Medicina Legale Odontoiatrica;

E' professionalmente equiparato al possessore della Specializzazione in Odontoiatria/Chirurgia Maxillo-Facciale il Medico abilitato all'esercizio della professione che, esercitando in maniera esclusiva tale branca, risulta conseguentemente iscritto all'Albo degli Odontoiatri, come previsto dalla L. 409 del 24 luglio 1985.

I requisiti dovranno essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

## **5. LUOGO DEGLI INCARICHI ED OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA**

Sono ammessi alla presente procedura comparativa i professionisti delle Province del Lazio, che abbiano il proprio studio nella Provincia ove è ubicata la sede INAIL per cui viene inoltrata la domanda.

Il professionista inoltre dovrà impegnarsi alla piena e completa osservanza della normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro. In particolare sarà responsabile, nei locali e laboratori di propria pertinenza, delle misure di prevenzione e tutela della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro, secondo quanto disposto dal D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche ed integrazioni.

## **6. MODALITA' E TEMPI**

Le visite e gli esami saranno effettuati, nelle giornate e negli orari concordati con l'INAIL che invia i propri assistiti, muniti di apposita lettera di impegnativa (**mod. 127I**).

Le richieste di prestazioni dovranno essere evase entro massimo **5 (cinque)** giorni lavorativi dalla data del ricevimento della comunicazione dell'incarico.

Nello stesso tempo dovranno essere rilasciati pareri e consulenze.

Le prestazioni verranno riconosciute esclusivamente in presenza di una prescrizione eseguita dall'INAIL sul proprio modello "Mod. 127I".

## **7. COMPENSI**

Il corrispettivo per le prestazioni svolte è il seguente:

- a) visita odontoiatrica, come dettagliata nel precedente punto a) dell'art. 1 del presente Avviso, € 80,00 IVA (ove prevista) esclusa,
- b) visita odontoiatrica, come prevista nel punto a) dell'art. 1 del presente Avviso, **senza predisposizione di piano terapeutico e conseguente preventivo**, € 60,00 IVA (ove prevista) esclusa;
- c) collaudo dei lavori € 40,00 IVA (ove prevista) esclusa.

## **8. MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Gli emolumenti come sopra definiti saranno corrisposti da INAIL a seguito di:

- a) attestazione di regolare esecuzione da parte della Sede INAIL competente;
- b) presentazione di regolare fattura, in modalità elettronica come di seguito specificato, con allegata relazione recante numero e tipologia delle prestazioni effettuate e copie delle relative impegnative dell'INAIL (**mod. 127I**).

Sul punto si precisa che l'attestazione di regolare esecuzione sarà emessa dalla Sede INAIL competente, entro 45 giorni dall'avvenuta esecuzione della prestazione.

Sarà cura di ogni Sede inviare tempestivamente copia della regolare esecuzione al professionista incaricato, per consentire allo stesso l'emissione della fattura elettronica.

Il pagamento è effettuato dall'INAIL entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Direzione Regionale Lazio dei documenti di cui ai punti a) e b) del presente articolo, previa verifica amministrativo-contabile.

Nel caso in cui la fattura venisse emessa dal professionista prima che sia pervenuta la regolare esecuzione, il pagamento del corrispettivo sarà effettuato entro 30 giorni dall'accertamento di conformità (attestazione di regolare esecuzione) della consulenza alle previsioni contrattuali.

Gli oneri assicurativi e previdenziali restano a carico dei professionisti incaricati per quanto di loro competenza, mentre l'INAIL, in qualità di sostituto d'imposta, effettua la ritenuta d'acconto nella misura del 20% dell'imponibile fiscale sui compensi erogati.

In caso di fruizione del regime fiscale agevolato, ai sensi dell'art. 1, commi 54-89, della Legge n. 190/2014, l'INAIL non provvederà ad applicare la ritenuta d'acconto che resterà a carico del professionista.

Per la fatturazione elettronica, obbligatoria dal 6 giugno 2014, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 55/2013, il Codice Univoco Ufficio di questa Direzione Regionale, visualizzabile sul sito IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni) è **GØLPEA**

L'INAIL, al fine di facilitare la riconciliazione della fattura all'ordine, chiede ai professionisti di compilare con il valore "**TERZI**" il campo "1.2.6 <RiferimentoAmministrazione>", presente nella "Rappresentazione tabellare del tracciato FatturaPA versione 1.0 del 06/06/2013" consultabile al seguente indirizzo:

[http://www.fatturapa.gov.it/export/fatturazione/sdi/fatturapa/v1.0/Formato\\_FatturaP  
A\\_tabellare\\_1.pdf](http://www.fatturapa.gov.it/export/fatturazione/sdi/fatturapa/v1.0/Formato_FatturaPA_tabellare_1.pdf)

**Il decreto legge n. 50/2017, all'art. 1, primo comma ha ampliato l'ambito di applicazione dello speciale meccanismo di versamento dell'IVA che consente all'erario di acquisire direttamente l'imposta dovuta. Pertanto anche questo Istituto, che era stata escluso da tale meccanismo come precisato dalla circolare della Agenzia delle Entrate n. 1/E del 9 febbraio 2015, è ricompreso tra le PP.AA. che applicano la scissione dei pagamenti.**

**La fattura elettronica dovrà riportare nell'apposito campo esigibilità IVA il valore 'S' che, come previsto dalle "specifiche tecniche operative del sistema di interscambio", indica la scissione dei pagamenti e conseguentemente l'IVA relativa verrà versata direttamente all'erario dall'INAIL.**

**Qualora pervenisse senza il citato valore 'S' non potrà essere accettata e verrà respinta nel cruscotto della fatturazione elettronica.**

## **9. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

La domanda deve essere presentata, perentoriamente entro il giorno **15 settembre 2017 alle ore 12,00** in **UN PLICO CHIUSO** recante la dicitura:

**"PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 10 INCARICHI DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER MEDICI ODONTOIATRI PER LE SEDI INAIL DEL LAZIO: NON APRIRE"** e l'indirizzo del mittente.

Il plico deve contenere:

- a) Domanda di partecipazione preferibilmente tramite compilazione dell'**allegato 1)** - diversamente la dichiarazione dovrà includere tutti gli elementi in essa contenuti;
- b) Curriculum Formato Europeo preferibilmente tramite compilazione dell'**allegato 2)** - diversamente la dichiarazione dovrà includere tutti gli elementi in esso contenuti;
- c) Dichiarazione unica dei requisiti richiesti resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 preferibilmente tramite compilazione dell'**allegato 3)** - diversamente la dichiarazione dovrà includere tutti gli elementi in essa contenuti;
- d) se dipendenti pubblici dovrà essere presentata una dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, attestante l'autorizzazione, da parte dell'Amministrazione di appartenenza, allo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente Avviso, in base a quanto disposto dall'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165;
- e) Copia documento di identità in corso di validità;

e deve essere indirizzata a:

I.N.A.I.L. - Direzione Regionale per il Lazio - Ufficio Attività Strumentali

Via Nomentana, 74 00161 Roma

con una delle seguenti modalità:

- a mano (mediante consegna diretta al Protocollo dalle ore 8.00 alle ore 12.00);
- tramite servizio postale con racc. A/R.
- tramite PEC all'indirizzo [lazio@postacert.inail.it](mailto:lazio@postacert.inail.it).

La documentazione inviata tramite PEC dovrà essere configurata esclusivamente in formato PDF.

L'invio del plico è ad esclusivo rischio del mittente e non sarà tenuto conto dei plichi pervenuti o consegnati in ritardo, intendendosi l'INAIL esonerato da ogni responsabilità per gli eventuali ritardi di recapito, anche se dovuti a cause di forza maggiore o per la consegna effettuata ad indirizzo diverso da quello sopraindicato.

Si specifica che farà fede solo la data e l'ora di arrivo presso l'INAIL e non già quello di spedizione dell'Ufficio Postale e/o consegna al corriere.

Oltre il termine perentorio sopra indicato non sarà riconosciuta valida alcuna domanda, anche se sostitutiva o aggiuntiva della precedente.

## 10. PROCEDIMENTO

La valutazione delle domande è fatta in applicazione dei criteri di seguito indicati mediante procedura comparativa ai sensi del regolamento interno allegato alla Delibera del Presidente – Commissario straordinario n. 222/2009. Verificate l'integrità, la tempestività e la correttezza formale della documentazione pervenuta, una apposita Commissione, nominata dal Direttore regionale per il Lazio, procederà:

- alla valutazione comparativa dei curricula presentati dai professionisti e delle esperienze lavorative assegnando i punteggi ad ogni partecipante come da tabella di cui al successivo punto 11;
- a stilare le graduatorie provvisorie dei professionisti, per ogni singola Provincia INAIL interessata.

Al termine delle valutazioni previste, sarà redatto apposito verbale da cui risulti:

- il numero delle domande pervenute per ogni Provincia;
- l'idoneità dei candidati;
- la graduatoria di merito per ognuna delle Province interessate.

Le graduatorie si intenderanno definitive solo dopo l'accertamento del possesso dei requisiti e del controllo delle autodichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000, con l'approvazione da parte del Direttore regionale per il Lazio, ai sensi della vigente normativa, con apposita Determinazione.

A seguito della collocazione utile in graduatoria verrà comunicato formalmente al professionista di essere stato selezionato per il conferimento dell'incarico.

I concorrenti risultati vincitori saranno invitati a perfezionare formalmente gli incarichi in conformità alle normative vigenti.

Per quanto attiene all'invio degli infortunati/tecnopatici presso i professionisti risultati assegnatari per singola Provincia INAIL, la scelta sarà effettuata dal Dirigente Medico competente per territorio, tenuto conto delle preferenze e delle esigenze espresse dall'assicurato (es. vicinanza alla residenza dell'interessato, tipologia del danno, ecc.).

La Direzione regionale per il Lazio, a suo insindacabile giudizio, si riserva la facoltà di sospendere, annullare o revocare la presente procedura in qualsiasi momento.

## 11. ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

Il massimo dei punti conferibili ad ogni candidato è pari a **100**, come di seguito specificato: massimo 50 punti da attribuire ai Curricula formativi, massimo 50 punti da attribuire alle esperienze professionali.

Al fine dell'affidamento dell'incarico, in caso di parità di punteggio totale, si prenderà in considerazione il candidato con il punteggio maggiore riportato per la voce "Valutazione delle esperienze professionali maturate nel settore della medicina legale odontoiatrica"; in caso di ulteriore parità si prenderà in considerazione il candidato con la minore età anagrafica.

**CRITERI ATTRIBUZIONE PUNTEGGI FORMAZIONE ED ESPERIENZE PROFESSIONALI:**

<p>1</p> <p>VALUTAZIONE ESPERIENZE FORMATIVE ATTINENTI LA PROFESSIONALITA' RICHIESTA</p> <p>MAX PUNTI 50</p>	<p>1.a) Master e corsi di specializzazione universitaria attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</p>	<p>3 punti per ogni master o corso di specializzazione (max 20 punti)</p>
	<p>1.b) Master, corsi, seminari e convegni (di qualsiasi durata) accreditati ECM con rilascio di attestato di partecipazione come docente e di attestato di crediti acquisiti attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</p>	<p>1 punto per ogni master, corso, seminario o convegno (max 20 punti)</p>
	<p>1.c) altri corsi, seminari, convegni (di qualsiasi durata) accreditati ECM con rilascio di attestato di partecipazione come discente, di attestato di crediti acquisiti attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione, con riferimento agli ultimi 5 anni (2011 - 2016)</p>	<p>0,50 punti per ogni seminario e/o convegno (max 5 punti)</p>
	<p>1. d) pubblicazioni scientifiche e/o relazioni congressuali nelle seguenti materie: odontoatria, medicina legale odontoiatrica, chirurgia maxillo-facciale</p>	<p>0,25 punti per ogni pubblicazione (max 5 punti)</p>

<p>2</p> <p>VALUTAZIONE ESPERIENZE PROFESSIONALI MATURATE NEL SETTORE DELLA MEDICINA LEGALE ODONTOIATRICA</p>	<p>2. a) Esperienze maturate nel settore della medicina legale odontoiatrica. Devono essere chiaramente indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Ente/Società presso cui si è svolto l'incarico</li> <li>- la tipologia dell'incarico</li> <li>- la data iniziale e finale</li> </ul>	<p>6 punti per ogni anno o frazione pari o superiore a 6 mesi di collaborazione per incarichi svolti per Inail (max 18 punti)</p> <p>4 punti per ogni anno o frazione pari o superiore a 6 mesi di collaborazione per incarichi svolti per altre</p>
---	---	--

MAX PUNTI 50	dell'incarico	pubbliche amministrazioni o strutture ospedaliere o società assicuratrici (max 22 punti)
	2. b) iscrizione all'Albo Periti del Tribunale e concreta e comprovata attività svolta nel settore della medicina legale odontoiatrica in campo giudiziario	1 punto per l'iscrizione all'albo; 0,25 punti per ciascun incarico peritale in qualità di ausiliario di organi giudiziari nel settore della medicina legale odontoiatrica (max 10 punti)

## 12. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati dei quali l'INAIL entra in possesso a seguito della presente procedura, nel rispetto del D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni, sono trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura.

I professionisti assumono l'obbligo di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto vengano a conoscere in conseguenza dell'opera svolta; si impegnano altresì a non divulgare detti elementi, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL.

Il Responsabile per il trattamento dei dati è il Direttore Regionale Dott.ssa Antonella Onofri.

## 13. ALTRE INFORMAZIONI

- a. Gli incarichi devono essere eseguiti con l'osservanza di quanto previsto dal presente Avviso, dalle vigenti disposizioni di legge e dalle "Norme sull'Ordinamento amministrativo - contabile in attuazione dell'art. 43 del Regolamento di Organizzazione" di cui alla delibera del Presidente n. 10 del 16 gennaio 2013, come modificata dalla delibera n. 98 del 9 febbraio 2017, dal Codice Civile e dalle altre disposizioni normative già emanate o che saranno emanate in materia per quanto non regolato dalle clausole e dalle disposizioni degli atti richiamati;
- b. gli incarichi saranno conferiti anche in presenza di una sola domanda di partecipazione valida per singola Provincia;
- c. i soggetti ai quali verranno conferiti gli incarichi saranno responsabili dei danni che, nell'esplicazione delle attività in oggetto, dovessero causare all'INAIL, al personale dello stesso e a terzi.

## 14. TRASPARENZA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Si fa presente che per i rapporti costituiti, questa Direzione Regionale INAIL provvederà, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, alle pubblicazioni dovute per Legge sul proprio sito istituzionale.

#### **15. PUBBLICITA' AVVISO**

Il presente avviso viene pubblicato dal giorno **8 agosto 2017** sul sito: [www.inail.it](http://www.inail.it) - sezione Amministrazione trasparente - Consulenti e collaboratori - Selezioni comparative, fino al termine previsto per la presentazione delle domande, e inviato alle Sedi INAIL del Lazio per diffusione.

Verrà data notizia delle graduatorie approvate mediante avviso sul predetto sito.

#### **16. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

Il Responsabile del procedimento è il Dott. Riccardo Chieppa, Dirigente dell'Ufficio Ufficio Attività Strumentali della Direzione Regionale per il Lazio.

#### **17. FORO COMPETENTE**

Le eventuali controversie relative alla validità, efficacia, interpretazione, esecuzione e scioglimento dei contratti che saranno attribuiti sono devolute alla competenza esclusiva del Foro di Roma.

Eventuali informazioni potranno essere richieste direttamente alla Direzione Regionale per il Lazio ai seguenti numeri telefonici o indirizzo e-mail:

- di carattere amministrativo:

Dott. Riccardo Chieppa tel. 06/36437800 - mail: [r.chieppa@inail.it](mailto:r.chieppa@inail.it)

Dott.ssa Stefania Santilli tel. 06/36437519 - mail: [st.santilli@inail.it](mailto:st.santilli@inail.it)

- di carattere medico-legale:

Dott. Francesco Bonaccorso tel. 06/36437415 - mail: [f.bonaccorso@inail.it](mailto:f.bonaccorso@inail.it);

Dott.ssa Ester Arena tel. 06/36437404- mail: [e.arena@inail.it](mailto:e.arena@inail.it);

Dott. Tonino Anzini tel. 06/36437750 mail [t.anzini@inail.it](mailto:t.anzini@inail.it);

Il presente Avviso e la documentazione complementare sono disponibili al seguente link: [www.inail.it](http://www.inail.it) oppure presso INAIL - Direzione Regionale per il Lazio, via Nomentana, 74 - 00161 Roma (RM) e-mail: [lazio@inail.it](mailto:lazio@inail.it)

Roma, 7 agosto 2017

per IL DIRETTORE REGIONALE  
IL DIRIGENTE VICARIO  
F.to dott. Domenico Princigalli

**ALLEGATI:**

- 1) Domanda di partecipazione (allegato n. 1)
- 2) Dichiarazione unica (allegato n. 2)
- 3) Curriculum vitae (allegato n. 3)
- 4) Lazio Inail – Tariffario Prestazioni Odontoiatriche (allegato A)

**Allegato 1) Domanda di partecipazione**

All'INAIL  
Direzione Regionale per il Lazio  
via Nomentana, 74  
00161 Roma (RM)  
[laio@postacert.inail.it](mailto:laio@postacert.inail.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL  
CONFERIMENTO DI N. 10 INCARICHI DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER  
MEDICI ODONTOIATRI.**

**(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_

nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

nella qualità di

\_\_\_\_\_

con studio (o sede legale) in Via

\_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di

\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n.

**DICHIARA**

di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di  
"ODONTOIATRA" nella qualità di (barrare l'ipotesi che ricorre):

- persona fisica
- persona giuridica

per la Provincia di:

- Roma
- Latina
- Frosinone
- Rieti
- Viterbo

**(solo nel caso di persona giuridica)**

Partecipando nella qualità di rappresentante legale di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il professionista incaricato in qualità di "ODONTOIATRA" è il dott.

\_\_\_\_\_.

In fede: \_\_\_\_\_

(data)

(firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

In fede: \_\_\_\_\_

(data)

(firma)

**Allegato 2) Dichiarazione unica**

All'INAIL  
Direzione Regionale per il Lazio  
via Nomentana, 74  
00161 Roma (RM)  
[lazio@postacert.inail.it](mailto:lazio@postacert.inail.it)

**PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 10 INCARICHI DI COLLABORAZIONE AUTONOMA PER MEDICI ODONTOIATRI.**

**(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000)**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_

con studio (o sede legale) in Via \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti:

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o straniero regolarmente soggiornante;
- di godere dei diritti civili e politici;

- di essere residente a \_\_\_\_\_; di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego;
- di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'INAIL;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001;
- l'insussistenza dello status di "pensionato" ai sensi dell'art. 6 del d.l. n. 90/2014 come convertito con Legge n. 114/2014
- insussistenza a proprio carico di condanne penali con sentenza definitiva per reati incidenti sulla moralità professionale o che abbiano comportato o comportino quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- insussistenza di cause ostative ai sensi della legislazione vigente in materia di antimafia (D.Lgs. n. 159/2011);
- di non essere a conoscenza della sussistenza di incompatibilità con le norme disciplinanti l'attività oggetto dell'Avviso;
- di essere in regola con i pagamenti relativi a imposte, tasse e contributi previdenziali;
- di assicurare reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- di assicurare il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del d.lgs. 196/2003, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;
- di avere visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: laurea in \_\_\_\_\_
- conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_
- il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ della  
Provincia/Regione di \_\_\_\_\_ al n.  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito i Crediti formativi obbligatori, ove previsto, secondo le vigenti  
disposizioni in materia;
- che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di  
versamento contributivo (*barrare l'opzione ricorrente*):
- SI
- NO
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere titolare della seguente partita IVA \_\_\_\_\_;
- di aver fatto opzione al competente ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art.  
13 L. 388/2000) (*barrare l'opzione ricorrente*):
- SI
- NO
- oppure
- di avere aderito al regime fiscale dei "Contribuenti minimi" di cui all'art. 1 comma  
96 della legge finanziaria 2008 (*barrare l'opzione ricorrente*):
- SI
- NO
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla  
selezione è il seguente: \_\_\_\_\_
- e che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta  
Amministrazione.
- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati per lo svolgimento del  
presente incarico e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e quindi ne  
autorizza il trattamento da parte dell'INAIL - DIREZIONE REGIONALE per il Lazio,  
anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti  
dalle PP.AA.;

Dati identificativi del conto corrente dedicato:

Banca (denominazione completa)

---

Agenzia/Filiale (denominazione e indirizzo)

---

Codice IBAN

---

Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

CIN \_\_\_\_\_

*In fede:* \_\_\_\_\_

(data)

(firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

*In fede:* \_\_\_\_\_

(data)

(firma)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese,

### **MANIFESTA**

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003,

### **SI IMPEGNA**

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

Si allega alla presente dichiarazione:

- Domanda di partecipazione
- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Curriculum vitae in formato europeo

Altro:

---

IN FEDE

---

(luogo, data)

Firma leggibile

**FORMATO EUROPEO  
PER IL  
CURRICULUM VITAE**



Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 dichiara sotto la sua personale responsabilità i seguenti stati, fatti e qualità personali.

**INFORMAZIONI  
PERSONALI**

Nome

[ **COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi** ]

Indirizzo

[ **Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese** ]

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

[ **Giorno, mese, anno** ]

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

• Date (da - a)

[ **Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.** ]

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

• Tipo di azienda o settore

• Tipo di impiego

• Principali mansioni e responsabilità

**ISTRUZIONE E  
FORMAZIONE**

• Date (da - a)

[ **Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.** ]

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI**

*Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

MADRELINGUA

[ **Indicare la madrelingua** ]

ALTRE LINGUA

[ **Indicare la lingua** ]

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI**

*Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE**

*Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE**

*Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

CAPACITÀ E COMPETENZE  
ARTISTICHE  
*Musica, scrittura,  
disegno ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state  
acquisite. ]

ALTRE CAPACITÀ E  
COMPETENZE  
*Competenze non  
precedentemente  
indicate.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state  
acquisite. ]

PATENTE O PATENTI

**ULTERIORI  
INFORMAZIONI**

[ Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio  
persone di riferimento, referenze ecc. ]

**ALLEGATI**

[ Se del caso, enumerare gli allegati al C.V. ]

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**(pena l'esclusione)**

# ALLEGATO A

ELENCO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E TARIFFE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI PREVENTIVI - COLLAUDI E PER OGNI RIFERIMENTO

PRESTAZIONI	TARIFFA IN EURO
ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	11,6
ABLAZIONE TARTARO	9,5
Aggiunta dente per protesi mobile	€ 80,00
Aggiunta gancio a filo per protesi mobile	€ 50,00
Aggiunta gancio fuso per protesi mobile	€ 140,00
ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	38,73
ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale Incluso: Anestesia	30,21
ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] (Per arcata) Incluso: eventuali attacchi di precisione	81,34
ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,2
ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,2
ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE, emimandibola	14,98

ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	16,27
APICECTOMIA Incluso: Otturazione retrograda	44,16
APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea	44,16
APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	31,4
APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	31,4
Attacchi di precisione su protesi mobili (per ogni attacco)	€ 140,00
AVULSIONE COMPLICATA	16,35
BIOPSIA DELLA GENGIVA	14,25
Cappa radicolare in lega con relativo attacco di ancoraggio	€ 350,00
Ceratura diagnostica	€ 210,00
Check-up parodontale	€ 105,00
Contenzione fissa e/o mobile , per arcata, per anno	€ 504,00
Corona in resina definitiva	€ 200,00
Corona metal free (monolitica o zirconio-ceramica), per elemento	€ 600,00
Corona metallo-ceramica avvitata su impianto tipo UCLA	€ 720,00
Corona metallo-ceramica/elemento	€ 560,00

CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	5,8
Dispositivo di riposizionamento condilare (bite indiretto)	€ 420,00
ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE Estrazione di altro dente NAS Incluso: Anestesia	16,27
ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA Incluso: Anestesia	16,27
FACETTA ESTETICA CERAMICA/MONOLITICA	490
GENGIVECTOMIA (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	27,89
GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante)	58,1
IMPIANTO DI DENTE Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi	11,6
IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA Impianto dentale endoosseo	81,34
Impianto osteo-integrato	€ 770,00
Innesto a Blocco, Prelievo Intraorale	€ 840,00
Innesto materiale autologo, per emiarcata	€ 300,00
Innesto materiale eterologo, per emiarcata	€ 300,00
Inserimento membrana per rigenerazione	€ 400,00
INSERZIONE DI PONTE FISSO Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endoossei (Per elemento)	69,72

INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile o fissa (Per elemento)	16,27
INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata)	129,11
Intarsio composito/monolitico	€ 350,00
INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (Per emiarcata)	20,92
Intervento di rigenerazione guidata dell'osso o innesto a blocco	€ 1.750,00
Invisalign arcata completa	€ 3.500,00
Invisalign canino canino	€ 2.800,00
Invisalign Express	€ 2.100,00
Invisalign mascherina di contenzione	€ 350,00
Legatura interdentale per 1 dente	€ 70,00
Lembo gengivale (sestante)	€ 210,00
Lembo muco gengivale (sestante)	€ 280,00
LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante)	23,24
Levigatura radicolare a cielo aperto (per sestante)	€ 70,00
Mantenitore di spazio	€ 420,00
Maryland in ceramica/monolitico, per elemento	€ 490,00

Maryland in resina, per elemento	€ 80,00
Mascherina chirurgica/ per sestante	€ 105,00
Modelli di studio	€ 84,00
Ortodonzia fissa per arcata, per anno, compreso trattamento	€ 1.200,00
Ortodonzia mobile, per arcata, per anno, compreso trattamento	€ 1.000,00
ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	20,66
Perno endocanalare-ricostruzione a parte	€ 70,00
Perno moncone fuso	€ 189,00
Perno moncone in titanio su impianto ostointegrato	€ 350,00
Perno moncone in zirconio su impianto ostointegrato	€ 420,00
Perno-moncone implantare con relativo attacco di ancoraggio	€ 450,00
Protesi ibrida definitiva tipo Toronto-Branemark, esclusi impianti, per arcata	€ 3.850,00
Protesi ibrida provvisoria tipo Toronto Branemark, esclusi impianti, per arcata	€ 1.000,00
Protesi mobile parziale in nylon termoplastico tipo Valplast fino a 4 elementi	€ 700,00
Protesi mobile parziale in nylon termoplastico tipo Valplast oltre 4 elementi	€ 1.400,00
Protesi mobile parziale in resina con ganci fino a 6 elementi	€ 490,00

Protesi mobile parziale in resina con ganci oltre 6 elementi	€ 700,00
Protesi mobile su barra con chiavistello, escluso impianti	€ 5.250,00
Protesi provvisoria totale rimovibile	€ 700,00
Protesi totale definitiva rimovibile	€ 1.365,00
Provvisorio armato in ceromero-per elemento	€ 175,00
Provvisorio in ceromero - per elemento	€ 80,00
RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	9,3
Rete di rinforzo LNP per protesi totale	€ 150,00
Ribasatura diretta protesi mobile	€ 84,00
Ribasatura indiretta protesi mobile	€ 140,00
RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO Ricostruzione di dente fratturato	34,86
RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	34,86
RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	18,59
Ricostruzione di dente o moncone	€ 130,00
RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	19,5

RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico	6,3
RIMOZIONE IMPIANTO DENTALE	210
RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26,75
Ritrattamento canalare 1 canale	€ 119,00
Ritrattamento canalare 2 canali	€ 154,00
Ritrattamento canalare 3 canali	€ 196,00
Rx endorali - serie completa	€ 175,00
Sbiancamento dentale / entrambe le arcate	€ 140,00
Sbiancamento endodontico (per elemento)	€ 105,00
Scheletrato cromo cobalto con ganci /12 elementi	€ 1.120,00
Scheletrato cromo cobalto con ganci /6 elementi	€ 700,00
Scheletrato cromo cobalto con ganci /9 elementi	€ 875,00
SINUS Lift monolaterale (approccio crestale)	€ 600,00
SINUS LIFT monolaterale (approccio laterale)	€ 1.350,00
SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	13,43
Studio e progettazione del caso	€ 140,00

TAC ARCATA DENTARIA INFERIORE O SUPERIORE	123,51
TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica	10,33
TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)	34,86
TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)	53,45
TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATE DENTARIE	24,27
TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte	13,43