

CONFERIMENTO INCARICO EX ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI, PER DIRIGENTE MEDICO – AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA _ AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

In pubblicazione dal 08/07/2017 al 22/07/2017

Ai sensi del regolamento aziendale in materia di conferimento degli incarichi di collaborazione esterna, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 297 del 7/04/2014, è indetto AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AI SENSI DELL'ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI, PER DIRIGENTE MEDICO - AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Per l'incarico, della durata di 3 (TRE) mesi, è previsto un importo lordo onnicomprensivo pari ad € 60,00/ora (IVA esente) per un impegno massimo di 38 ore settimanali.

L'incarico sarà conferito ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 30/03/2001, n. 165, come modificato ed integrato; avrà la natura di lavoro autonomo e non comporterà per l'Azienda alcun vincolo di dipendenza e/o subordinazione.

I candidati, in possesso dei seguenti requisiti

1. Diploma di Laurea in medicina e Chirurgia.
2. Diploma di Specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o specializzazione in una delle discipline riconosciute equipollenti o affini ai sensi del D.M. 30/01/1998 e s.m.i.
3. Iscrizione all'Albo dell'ordine dei Medici Chirurghi. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio

per essere ammessi alla selezione dovranno presentare:

4. Domanda di partecipazione, datata e firmata, redatta in carta semplice (fac simile Allegato 1);
5. Curriculum vitae, datato e firmato;
6. Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità (fac simile Allegato 2);
7. Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

La valutazione comparativa delle domande presentate avverrà a cura del Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero, Dott. Antonio Carbone supportato dal Direttore del UOC Pronto Soccorso Dott.ssa Ambra Canavese, osservando i seguenti criteri minimi:

- Esperienza lavorativa in rapporto all'attività da espletare;
- Curriculum formativo professionale.

Gli esiti della valutazione comparativa dovranno essere riportati in una relazione e tale incombenza dovrà essere assolta anche in presenza di una sola domanda ammissibile di partecipazione.

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice, sottoscritta senza autenticazione e munita della fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, dovrà **OBBLIGATORIAMENTE PENA ESCLUSIONE** riportare nell'oggetto la dicitura "**CONFERIMENTO INCARICO ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI PER DIRIGENTE MEDICO –AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**" e contenere tutte le dichiarazioni prescritte ed essere prodotta entro il termine previsto dal presente avviso, con una delle seguenti modalità:

- 1 - consegna a mano presso il Protocollo Generale di questa Azienda USL ROMA 4 - Via Terme di Traiano, n. 39/a 00053 Civitavecchia.
- 2 - tramite posta elettronica certificata, con la **OBBLIGATORIA** specifica indicazione nell'oggetto "**CONFERIMENTO INCARICO ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI PER**



DIRIGENTE MEDICO -AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA", all'indirizzo protocollo@pec.aslrmf.it

3 - spedizione tramite raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 4., Via Terme di Traiano n. 39/a - Civitavecchia. La busta contenente la documentazione e la domanda di partecipazione dovrà riportare la dicitura **"CONFERIMENTO INCARICO ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI PER DIRIGENTE MEDICO -AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

La domanda di partecipazione dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del giorno fissato per la scadenza.

Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile ma recapitate a questa Azienda oltre 5 giorni lavorativi il termine di scadenza.

L'Amministrazione non si assume, fin da ora, alcuna responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documentazioni, dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambio di indirizzo indicata nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 30/06/03 n. 196, come modificato ed integrato. La presentazione della domanda di partecipazione implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura dell'Ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle relative procedure.

L'ASL ROMA 4 si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare in tutto o in parte la presente procedura.

Il presente avviso sarà pubblicato nel sito web istituzionale aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente", e nella sottosezione "Concorsi e avvisi pubblici".

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla UOSD- Affari Istituzionali e Legali - dell'Azienda ASL Roma 4 - Civitavecchia Tel. 06/96669552

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle



Allegato 1

Al Direttore Generale
dell'Azienda USL Roma 4
Via Terme di Traiano n 39/a
00053 CIVITAVECCHIA – ROMA

__l__ sottoscritt _____ chiede di essere ammess__ alla
(Cognome Nome)

selezione per il conferimento di n.1 incarico libero professionale ex ART. 7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001 E SMI PER DIRIGENTE MEDICO – AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la presente domanda, le clausole ivi contenute;
2. di essere nat__ il ___/___/_____ a _____ C.F. _____;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (con adeguata conoscenza della lingua italiana D.P.C.M. 7.02.1994 n. 174);
4. di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza/provenienza, ovvero di non godere di tali diritti per il seguente motivo

(Sono fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti e le disposizioni dell'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001, così come modificate e introdotte dall'art. 7, della L. n. 97/2013)

5. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
6. di avere/non avere riportato condanne penali (2) e di non avere procedimenti penali in corso;
7. di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
_____ conseguito in data ___/___/_____
presso _____;
8. di essere iscritto all'albo _____
a decorrere dal ___/___/_____;
9. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e di essere/non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso la Pubblica Amministrazione (3);
10. di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura dell'Avviso e degli adempimenti conseguenti;
11. di impegnarsi all'osservanza del Codice di comportamento dei pubblici dipendenti, del Codice etico

aziendale ASL Roma 4 (Deliberazione n. 1 del 08 gennaio 2014), del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Piano triennale per la trasparenza (tutti pubblicati sul sito aziendale <http://www.aslrmf.it/joomla/index.php/amministrazione-trasparente/codice-di-comportamento>; <http://www.aslrmf.it/joomla/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-e-accesso-civico>), pena la risoluzione del rapporto contrattuale/convenzionale di lavoro;

12. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità (vedi allegato n. 2);
13. di impegnarsi, altresì, alla osservanza della **Clausola anti pantouflage** (art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 42 della l. n. 190/2012)

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente

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

Prov. _____ Telefono _____ Cellulare _____

Si allegano:

- Curriculum vitae datato e firmato;
- Dichiarazione di insussistenza i cause di inconferibilità e incompatibilità,
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità:

Tipo _____ n. _____ rilasciato in data ____/____/____
da _____

Luogo, _____

Data ____/____/____

(firma intera e leggibile)

-
- (1) In caso affermativo indicare il Comune e in caso negativo i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
 - (2) In caso affermativo specificare quali;
 - (3) In caso affermativo specificare la denominazione dell'Ente, la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione;

Allegato 2

MODELLO DICHIARAZIONI COLLABORATORI, PROFESSIONISTI E CONSULENTI

Il/la sottoscritto/a _____ CF _____
nato/a il _____, residente in _____
in relazione all'incarico/contratto di collaborazione/consulenza _____¹ stipulato con
la ASL ROMA 4 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000

DICHIARAZIONE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'

Dichiaro:

- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal D.Lgs. 39/2013 ed in particolare in quelle di cui all'art. 3 (inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione), all'art. 4 (inconferibilità di incarichi nelle amministrazioni statali);
- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013 per aver rilasciato dichiarazioni sostitutive mendaci;

DICHIARAZIONE INCARICHI/CARICHE RICOPERTE ED ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Dichiaro ai sensi dell'art. 15, commi 1 e 2 del D.Lgs. 33/2013:

- di:
 - non ricoprire
 - ricoprire le seguenti **cariche o incarichi presso enti di diritto privato** regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Carica/Incarico	Ente	Periodo (data inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti

- di:
 - non svolgere
 - svolgere le seguenti attività professionali

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Dichiaro infine:

1 ¹ Indicare riferimento a data, protocollo, oggetto

- di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta, e di impegnarmi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art. 20, co. 2, D.Lgs. 39/2013, e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL ROMA 4, condividendone e osservandone i principi generali e i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione, presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale della ASL ROMA 4.

Sul mio onore affermo che le dichiarazioni rese rispondono al vero.

Luogo, _____

Data, __/__/_____

Firma
