Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

AVVISO PUBBLICO

PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO PER LA FORMAZIONE DELL'ELENCO AZIENDALE DI

MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA LEGALE

non dipendenti aziendali, cui attingere per il conferimento dell'incarico di Presidente di Commissione per l'accertamento delle invalidità civili, dell'handicap ex L 104/1992 e della disabilità ex L 68/1999 nelle sedi del territorio aziendale

valevole dal 1° gennaio 2021 ovvero dalla data di formulazione dell'elenco,
sino a tutto il 31 dicembre 2022
salvo diversi interventi normativi in merito

* * * * * * * * * * * * * *

1) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare all'avviso tutti coloro che possiedono i seguenti requisiti generali e specifici:

a) *cittadinanza italiana*, o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea o appartenente a uno stato extra comunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia)

b) *diploma di laurea in Medicina e Chirurgia e iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici* (quest'ultima deve essere attestata da un certificato redatto in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del presente avviso. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, ferma restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio)*;*

c) specializzazione in Medicina Legale;

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso pubblico.

La mancanza di qualsiasi requisito fra quelli indicati determina l'esclusione dall'avviso.

2) ***INCOMPATIBILITA'***

Costituiscono motivo di incompatibilità tutte le situazioni derivanti da norme di legge.

Nella domanda di partecipazione ogni candidato dovrà altresì inserire le seguenti dichiarazioni relative alle cause di esclusione o di incompatibilità:

- di essere o non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione;
- di non godere di trattamento di quiescenza;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici (se sì specificare);
- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati (se sì specificare);
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale(se sì specificare);
- di non essere sottoposto a procedimenti penali, per quanto a propria conoscenza.

3) ***MODALITA' DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO***

L'inserimento nell'elenco aziendale dei medici specialisti in Medicina Legale non dipendenti aziendali di cui al presente avviso avverrà a seguito di insindacabile giudizio di idoneità espresso da Commissione all'uopo costituita, in forza della documentazione presentata dai candidati e di eventuale colloquio.

La Commissione sarà costituita come segue:

- Direttore Dipartimento Medicina Legale Interaziendale o suo delegato – Presidente;
- Direttore Sanitario della ASST Rhodense o suo delegato - Componente
- Dirigente Medico della UOC Medicina Legale o suo delegato - Componente;
- Personale Amministrativo della UOC Gestione Risorse Umane – Segretario.

Il curriculum professionale presentato dai candidati dovrà indicare le attività professionali e/o di studio attinenti all'incarico da svolgere, con riferimento:

a) al tipo di istituzioni presso le quali il candidato ha svolto l'attività;
b) alla posizione funzionale del candidato nelle predette strutture ed alle sue competenze, con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale, costituendo titolo di particolare rilievo l'esperienza specifica acquisita quale Presidente di Commissione per l'accertamento delle invalidità civili, dell'handicap ex L 104/1992 e della disabilità ex L 68/1999;
c) alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato;
d) ai soggiorni di studio o di addestramento professionale in strutture italiane;
e) alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, con indicazione delle ore annue di insegnamento;
f) alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche svoltisi all'estero, con particolare riferimento agli eventi ECM attinenti alla tematica della invalidità civile;
g) alla produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere.

Nel caso in cui la Commissione ritenga, a suo insindacabile giudizio, di effettuare colloquio con i candidati ammessi, diretto alla valutazione delle capacità professionali, la data del colloquio verrà notiziata via posta elettronica certificata ai candidati.

Non sono conferibili gli incarichi ai medici che:

- si trovino in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamenti o contratti di lavoro;
- svolgano analogo incarico a quello previsto dal presente bando presso le Commissioni INPS.

I medici inseriti nell'elenco aziendale verranno designati alla suddetta attività con il criterio della rotazione, tenuto conto, nei limiti dell'organizzazione e della logistica della UOC, delle disponibilità di tempi e di luoghi espresse dai candidati.

La convocazione a presiedere le Commissioni per l'accertamento delle invalidità civili nelle sedi territoriali dell'Azienda avverrà ogni qualvolta si verifichino carenze o indisponibilità di Dirigenti Medici Legali dipendenti dell'Azienda e/o nella necessità di ridurre i tempi di attesa della convocazione in Commissione dei cittadini o, ancora, a fronte di incremento delle istanze.

Il rapporto professionale di collaborazione con questa Azienda comporterà la sospensione dall'attività di medici fiduciari di patronato o di soggetti privati limitatamente a consulenze/pareri di parte in ambito di medical malpractice rispetto a prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dalle ASST Ovest M.se e Rhodense o avversi al giudizio espresso dalle Commissioni delle ASST, ancorché validati dal Centro Medico Legale INPS di Milano per quanto attiene ai verbali emessi dall'inizio della presente collaborazione, laddove è richiesto anche di non partecipare in qualità di CTP nei contenziosi che vedono questa Azienda come parte convenuta, prescindendo dalla carenza di legittimazione passiva della Azienda medesima.

I medici ritenuti idonei e inseriti nell'albo si impegneranno a:

- aderire ai principi enunciati dal codice etico comportamentale di cui potranno prendere visione sul sito della ASST Ovest Milanese, laddove la loro violazione potrà comportare la risoluzione del rapporto in essere, nonché il diritto dell'Azienda di richiedere risarcimento dei danni patiti per lesione alla propria immagine e onorabilità;
- attenersi scrupolosamente alle disposizioni/procedure operative indicate dal Direttore della UOC, volte a garantire il miglior funzionamento delle 'equipe valutative', oltreché a partecipare obbligatoriamente agli eventi formativi ECM organizzati dal Dipartimento/UOC in tema di invalidità civile;
- avvisare per tempo le segreterie del Dipartimento/UOC qualora per sopraggiunti e vincolanti impedimenti il professionista si trovasse impossibilitato a mantenere fede all'impegno preso; a fronte di reiterate e non giustificate assenze del medico legale, l'Azienda si riserverà la facoltà di risolvere il rapporto consulenziale.

4) DOCUMENTAZIONE DA PREDISPORRE

I candidati dovranno presentare:

a) domanda in carta libera come da modello allegato;
b) documentazione attestante il possesso dei requisiti di partecipazione come da punto 1) "Requisiti di partecipazione"
c) curriculum formativo e professionale, redatto in carta libera, datato e firmato, con allegata tutta la documentazione – in originale o copia legale o copia autenticata ai sensi di legge – comprovante quanto dichiarato nel medesimo. E' possibile autocertificare quanto dichiarato nel curriculum tenendo presente che qualora il titolo autocertificato non fosse chiaramente descritto o mancasse di elementi essenziali alla sua valutazione, non sarà tenuto in

considerazione ai fini dell'attribuzione del punteggio. In caso di mancata produzione della documentazione o della autocertificazione non sarà valutato ciò che viene dichiarato nel curriculum.

I documenti devono essere prodotti, alternativamente:

a) in originale;
b) mediante copia autenticata ai sensi degli articoli da 18 a 21 del D.PR. 445/2000;
c) mediante dichiarazione sostitutiva di certificazioni, nei casi previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000;
d) mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'art. 47 del precitato D.P.R. nr. 445/2000.

Le dichiarazioni sostitutive di cui alle precedenti lettere c) e d), ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. nr. 445/2000, prevedono la presentazione di una copia del documento di identità valido.
Si precisa che è sufficiente allegare una sola copia del predetto documento di identità alla domanda di partecipazione all'avviso.

Non è ammessa la produzione di titoli o documenti dopo il termine fissato per la presentazione delle domande.
L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.
L'Amministrazione si riserva di accertare d'ufficio i requisiti di tutto quanto autocertificato.

5) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di ammissione all'avviso, redatte in carta semplice, devono essere indirizzate al:

Direttore Generale dell'ASST Ovest Milanese -
Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano

e devono pervenire

all'UFFICIO PROTOCOLLO dell'Azienda entro le ore 12 del 23 novembre 2020
Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano

Detto termine è perentorio e non verranno prese in considerazione domande, documenti e titoli che perverranno – qualunque ne sia la causa – oltre la sopraindicata scadenza, anche se recanti timbro postale di spedizione antecedente. A tal fine farà fede la data di protocollo dell'Azienda.
L'orario di apertura dell'Ufficio Protocollo è dal lunedì al giovedì dalle ore 9,15 alle ore 16,15; il venerdì dalle ore 9,15 alle ore 12,15.

In alternativa, l'invio della domanda e dei relativi allegati potrà avvenire tramite utilizzo della **posta elettronica certificata (PEC),** esclusivamente all'indirizzo mail protocollo@pec.asst-ovestmi.it.
La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Ovest Milanese. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati dovrà avvenire in un **unico file in formato PDF**, con firma autografa del candidato e scansione fronte/retro di un valido documento di identità

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione o smarrimento o mancato recapito o disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

6) ***CONDIZIONI DEL RAPPORTO DI LAVORO***

L'incarico ha natura professionale ai sensi dell'art. 2230 c.c. ed esclude qualsiasi vincolo di subordinazione, nel pieno rispetto della vigente legislazione sanitaria nonché delle norme di deontologia professionale, riservandosi l'ASL di non procedere all'attribuzione dell'incarico sopra evidenziato per effetto di sopraggiunte disposizioni normative e/o circostanze ostative.

La collaborazione professionale avrà inizio dal 1° gennaio 2021 ovvero dalla data di formulazione dell'elenco e cesserà **il 31/12/2022**. Le parti hanno pari facoltà di recedere anticipatamente, previa comunicazione a mezzo A/R o posta elettronica certificata, con preavviso di almeno un mese. Durante il periodo di preavviso il medico legale si impegna comunque a garantire la continuità del servizio.

I compensi corrisposti previsti si riferiscono alla D.G.R. n. VII/20755 del 16/02/2005, che ha di fatto confermato modalità ed entità di corresponsione già esplicitate in DGR n. VII/10686 del 18/10/2002, avente ad oggetto: "Determinazione delle modalità di corresponsione e dell'entità dei compensi spettanti al Presidente ed ai Componenti delle Commissioni sanitarie delle Aziende Sanitarie Locali per l'accertamento delle invalidità civili, della sordità e cecità civile, dell'handicap e della disabilità", che prevede gettone omnicomprensivo di Euro 160,00 oltre oneri di legge per ogni seduta presieduta dal Presidente di Commissione.

7) ***ASSICURAZIONE***

La sottoscrizione del contratto presuppone il possesso di Partita IVA e di appropriata copertura assicurativa come previsto dalla normativa vigente.

8) ***NORME FINALI***

Per tutto quanto non previsto dal presente bando si fa riferimento alle norme vigenti in materia di lavoro autonomo.
L'Azienda si riserva la facoltà, di prorogare, sospendere, revocare in tutto o in parte o modificare il presente avviso pubblico a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicare i motivi e senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta.
L'Azienda si riserva comunque di non procedere all'attribuzione dell'incarico di cui al presente avviso per effetto di sopraggiunte disposizioni e/o circostanze ostative, dandone comunicazione agli interessati o qualora l'Azienda rilevi motivi che ne rendano opportuna la sospensione.
Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva di tutte le condizioni e clausole in esso previste.

9) ***TRATTAMENTO DATI PERSONALI***

Ai sensi di quanto previsto dal D.L.vo 30/6/2003 nr. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016 (GDPR – General Data ProtectionRegulation), i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'U.O.C. Gestione Risorse Umane per le finalità di gestione dell'avviso e saranno trattati presso lo stesso anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini propri della procedura concorsuale e della valutazione dei requisiti di partecipazione.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente agli uffici interessati allo svolgimento dell'avviso o alla posizione giuridico-economica del candidato.

L'interessato gode dei diritti di cui alla citata legge tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

La presentazione della domanda da parte dei candidati implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli "sensibili", come previsto dalla citata normativa.

Per chiarimenti ed informazioni in merito al presente bando, gli aspiranti potranno rivolgersi alla "UOC Gestione Risorse Umane – Ufficio Personale Convenzionato" dell'Azienda (tel. 0331/449602 - Legnano) **orario al pubblico: dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 15.30, il venerdì solo dalle ore 11.00 alle ore 12.30.**

Legnano, 9 novembre 2020

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
f.to dott. Sergio Castiglioni

Ill.mo Signor
DIRETTORE GENERALE
A.S.S.T. Ovest Milanese

Il/La sottoscritto/a……. .....……..
chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico, per titoli, per la formazione di un albo di Medici Specialisti in Medicina Legale da utilizzare per incarichi di Presidente di Commissione per l'accertamento delle invalidità civili, cecità, sordità, handicap e disabilità nelle sedi territoriali decentrate.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- di essere nato a …….....…… il …….....……..
- di risiedere in …….....…… via …….....…….……
- Tel ……..…… Fax ……..…… Cell. ……..……..

  Codice Fiscale ……..…… P. IVA ……..……...
- di essere in possesso della cittadinanza ……
- di essere cittadino di altro stato UE …….
- di essere cittadino dello Stato extra UE ……, in possesso dei requisiti previsti dall'art. 38 del D.L.vo nr. 165/2001, così come modificato dall'art. 7 della Legge nr. 97/13;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ……..……..……...
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - Diploma di scuola media superiore ……conseguito il :……

    presso …….…….…….
  - Laurea in ……..…….…….… conseguita il :……

    presso …….…….…….
  - Specializzazione in: ……..……... conseguita il :……

    presso …….…….…….……
- di essere iscritto/a all'Albo/Ordine .....……..…….……

  dal……..…n° posizione ……..……..
- di essere in possesso del seguente codice fiscale: .....;
- di essere/non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione *(cancellare l'ipotesi che non interessa)*;
- di non godere di trattamento di quiescenza
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici *(se sì specificare)* ……..
- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati *(se sì specificare)* …….. ……
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale *(se sì specificare)* ……

- di non essere sottoposto a procedimenti penali, per quanto a propria conoscenza.
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti “sensibili” in ordine allacomunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell’ambito delle finalità del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196, e del Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016 (GDPR – General Data ProtectionRegulation) sulla privacy;

L’indirizzo presso il quale dovrà essere fatta ogni comunicazione é il seguente:

Pec ……..……..e-mail ……..……...…….
Via…….……. nr……..…
Cap……..……..… Città ……..……..Tel. ……..……..…

Con osservanza.
Lì,…….. FIRMA

<u>Si allega fotocopia documento d’identità (nel caso in cui la sottoscrizione non avvenga di fronte al funzionario preposto)</u>

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, nr. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

via _____ nr. _____

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

D I C H I A R O

- ❑ di essere in possesso del titolo di studio di :

  1. diploma di: ……..……..…….. conseguito il :……

     presso ……..… con punteggio: ……..

  2. diploma di: ……..……...…conseguito il :……

     presso …… con punteggio: ……..

- ❑ di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di specializzazione o altro:

  1. titolo:…….…… conseguito il …….

     presso …… ……..

  2. titolo:…….…… conseguito il …….

     presso …… ……..

- ❑ di essere iscritto/a nell'albo/ordine …….

  ……..…….

  dal……n° posizione ……..……..

……, il …… ……
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

Si allega fotocopia documento d'identità (nel caso in cui la sottoscrizione non avvenga di fronte al funzionario preposto)

Informativa ai sensi del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196: e del Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016 (GDPR – General Data ProtectionRegulation):
i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di selezione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. 28.12.2000 nr. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

via _____ nr. _____

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

D I C H I A R O

di aver prestato/di prestare i sottonotati servizi presso:

- denominazione Ente:...……..
  (indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)

  profilo...……...……disciplina...……...……
  ….

  ☐ dipendente a tempo indeterminato/determinato dal …… al ...……
  O tempo pieno O tempo definito O tempo parziale (n° ore settimanali ……)

  ☐ con contratto libero/professionale (ore settimanali ……) dal ……. al ...……...

- denominazione Ente:...……..
  (indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)

  profilo...……...……disciplina...……...……
  ….

  ☐ dipendente a tempo indeterminato/determinato dal …… al ...……
  O tempo pieno O tempo definito O tempo parziale (n° ore settimanali ……)

  ☐ con contratto libero/professionale (ore settimanali ……) dal …….. al ...……...

- denominazione Ente:...……..
  (indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)

  profilo...……...……disciplina...……...……

  ☐ dipendente a tempo indeterminato/determinato dal …… al ...……
  O tempo pieno O tempo definito O tempo parziale (n° ore settimanali ……)

  ☐ con contratto libero/professionale (ore settimanali ……) dal …….. al ...……...

DICHIARO, inoltre, che per i suddetti servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, nr. 761.

……, il ……. ……
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

Si allega fotocopia documento d'identità (nel caso in cui la sottoscrizione non avvenga di fronte al funzionario preposto)

Informativa ai sensi del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196: e del Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016 (GDPR – General Data ProtectionRegulation):
i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di selezione..

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, nr. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

via _____ nr. _____

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

D I C H I A R O

□ che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati, sono conformi agli originali:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……, il …… ……

(luogo) (data) (il/la dichiarante)

Si allega fotocopia documento d'identità (nel caso in cui la sottoscrizione non avvenga di fronte al funzionario preposto)

Informativa ai sensi del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196: e del Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016 (GDPR – General Data ProtectionRegulation):
i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di selezione..