Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

# AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER ODONTOIATRI O MEDICI SPECIALISTI IN ODONTOIATRIA DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' DI ASSISTENZA SPECIALISTICA DI ODONTOIATRIA PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI ARESE ANCHE NELL'AMBITO DI UNA CONVENZIONE CON IL POLICLINICO DI MILANO

Si rende noto che in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1221 del 22.12.2020 è indetto avviso pubblico di manifestazione di interesse per odontoiatri o medici specialisti in odontoiatria disponibili a prestare attività di assistenza specialistica di odontoiatria presso il Poliambulatorio di Arese afferente all'ASST Rhodense anche nell'ambito di una Convenzione con il Policlinico di Milano.

## REQUISITI DI ACCESSO

- Laurea in odontoiatria e protesi dentaria, nonché Laurea in Medicina e chirurgia per i laureati in Medicina e Chirurgia legittimati all'esercizio della professione di odontoiatra;
- Specializzazione in odontoiatria o in disciplina equipollente (D.M. 30.01.1998) o in disciplina affine (D.M. 31.01.1998) e s.m.i.;
- Iscrizione al rispettivo Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione al bando, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima del conferimento dell'incarico libero professionale;
- comprovata esperienza professionale

Possono partecipare al presente avviso anche i laureati privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, previo riconoscimento del titolo.

## ASPETTI CONTRATTUALI

- Tipologia dell'incarico: il conferimento dell'incarico non dà luogo ad alcun rapporto di lavoro dipendente con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, ma ad un rapporto di lavoro autonomo nella forma di una prestazione d'opera di lavoro, con incarico libero professionale con Partita IVA ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del codice civile;
- Oggetto dell'incarico: prestazioni di Odontoiatria Conservativa compresa Pedodonzia, Protesi Dentaria, Ortognatodonzia con espletamento di mezze giornate (della durata di 4 ore) da un minimo di n. 1 mezza giornata ad un massimo di n. 4 mezze giornate alla settimana;
- Attività previste: Odontoiatria Conservativa compresa Pedodonzia, Protesi Dentaria, Ortognatodonzia;
- Durata: 12 mesi dalla data di sottoscrizione del contratto;
- Compenso: Euro 60,00/ora lordi omnicomprensivi.

I professionisti ai quali verranno conferiti gli incarichi dovranno dotarsi di copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e Infortuni.

**MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE**

La candidatura alla manifestazione di interesse, redatta in carta semplice – debitamente sottoscritta, da formularsi secondo il modello allegato al presente avviso - deve essere presentata all' indirizzo e-mail di seguito indicato:

**pec: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it**

Alla manifestazione di interesse è necessario allegare la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae Formato Europeo
- copia di un documento di identità personale in corso di validità e del codice fiscale;
- copia delle polizze assicurative RCT e Infortuni;
- copia del certificato di attribuzione della Partita Iva.

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità connesse alla gestione del Poliambulatorio odontoiatrico di Arese.

L'ASST si riserva di conferire gli incarichi libero professionali a seguito di verifica del possesso dei requisiti di accesso, dei curricula / esperienze professionali.
La partecipazione al presente avviso non comporta il diritto al conferimento degli incarichi libero professionali.
L'azienda si riserva comunque di non procedere all'attribuzione degli incarichi di cui al presente avviso per effetto di sopraggiunte disposizioni e/o circostanze ostative 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.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'UOC Affari Generali (tel. 02.994302063/2406) e al Servizio di Odontostomatologia (Dott. Ettore del Rosso Tel. 02994303319/3698).

Garbagnate Milanese, 23.12.2020

FIRMATO
Il Direttore Generale
Ida Maria Ada Ramponi

**Al Direttore Generale**
**dell'A.S.S.T. RHODENSE**
**Viale Forlanini,95**
**20024 GARBAGNATE MILANESE**

protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

***Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI CON PARTITIA IVA PER ODONTOIATRI O MEDICI SPECIALISTI IN ODONTOIATRIA DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' DI ASSISTENZA SPECIALISTICA DI ODONTOIATRIA PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI ARESE AFFERENTE ALL'ASST RHODENSE ANCHE NELL'AMBITO DI UNA CONVENZIONE CON IL POLICLINICO DI MILANO***

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

**MANIFESTA**

***l'interesse a prestare attività assistenziale specialistica di Odontoiatria presso il Poliambulatorio Odontoiatrico di Arese afferente all''ASST RHODENSE***

ed a questo effetto

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

**DICHIARA DI:**

- essere nato a _____ il _____ e di risiedere a_____ in Via _____, telefono n. _____ mail: _____pec:_____ ;
- possedere la cittadinanza:
  - italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
  - di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
  - familiare di cittadino degli Stati membri dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
  - cittadino di Paesi terzi all'Unione Europea titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria»;
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi
  _____
- non aver riportato condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso_____
  _____
- essere in possesso del Diploma di Laurea in _____

conseguita il _____ presso _____

- essere attualmente iscritto all'Albo Professionale di _____ a decorrere dal _____ al n. _____;
- prestare oppure avere o non avere prestato servizio:
  - presso pubbliche Amministrazioni

    _____
  - presso Strutture private convenzionate e non

    _____
  - Quale libero professionista o con rapporto flessibile di lavoro (CO.CO.CO)

    _____

    **(con indicazione della durata, tipo di rapporto –*ad es.: dipendente/libero professionista* - ed eventuale causa di cessazione del rapporto di lavoro).**
- essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l'ammissione al presente bando;
- essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego

Dichiara, altresì:

- di non trovarsi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;
- di non essere stato gia' lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'ASST Rhodense;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- 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;
- di 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;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nel curriculum vitae allegato saranno trattati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

  -di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell'Azienda; ivi incluso il Codice di Comportamento del personale, il Piano di prevenzione della corruzione dell'ASST Rhodense pubblicati sul sito internet aziendale.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:
Via _____ CAP _____ CITTÀ' _____
Telefono _____.

Data _____

FIRMA

_____

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- **In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l' unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare, tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;**
- **Curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato e autocertificato ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di comunicazioni mendaci;**
- **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;**
- **Copia di un documento di identità, non autenticata, di documento d'identità in corso di validità e del Codice fiscale;**
- **copia delle polizze assicurative RCT e Infortuni;**
- **copia del certificato di attribuzione della Partita Iva**

**MOD. 1**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'
## (art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ..... residente a ..... in via .....consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

❑ di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di Studio:
Laurea in ..... conseguita il.....presso l'Università ..... in data .....

**Altri titoli di studio:**
(Laurea/Master/…)

…….. conseguito presso …….. in data……

…….. conseguito presso …….. in data……

❑ Iscrizione Albo professionale di.....

- **di avere prestato i seguenti servizi:**

| **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA' DI DIPENDENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |

| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA ' DI DIPENDENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |

| PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA PROFESSIONE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |
| | | | __/__/____ | __/__/____ |

- **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

| PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** | **Esame finale (si/no)** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE | | | |
|---|---|---|---|
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

| LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI) | | | |
|---|---|---|---|
| **N.** | **TITOLO DEL LAVORO** | **RIVISTA PUBBLICANTE** | **DATA PUBBLICAZIONE** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- **altro:**

_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate)

- **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi all'/agli originale/i.**

luogo, data _____

firma per esteso del dichiarante _____