

**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 mezza giornata (della durata di 4 ore) da un minimo di n. 1 mezza giornata ad un massimo di n. 4 mezza 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 onnicomprensivi.

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

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

[protocollo@pec.asst-rhodense.it](mailto:protocollo@pec.asst-rhodense.it)

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL  
CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI CON PARTITA 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 \_\_\_\_\_

**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**

<b>PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA PROFESSIONE</b>				
<b>DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE</b>	<b>Indicare Profilo Professionale/Qualifica</b>	<b>Impegnativa oraria settimanale</b>	<b>dal gg/mm/aa</b>	<b>al gg/mm/aa</b>
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__

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

<b>PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE Uditore</b>				
<b>N.</b>	<b>TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.</b>	<b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>	<b>LUOGO DI SVOLGIMENTO</b>	<b>Esame finale (si/no)</b>

<b>PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE</b>				
<b>N.</b>	<b>TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.</b>	<b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>	<b>DI</b>	<b>LUOGO DI SVOLGIMENTO</b>

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

<b>LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)</b>			
<b>N.</b>	<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RIVISTA PUBBLICANTE</b>	<b>DATA PUBBLICAZIONE</b>

- altro:

---



---



---



---



---