

ASST Rhodense
Viale Forlanini, 95
20024 GARBAGNATE MILANESE (MI)

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI/COCOCO, PREVIA SELEZIONE PER COLLOQUIO ORALE, A MEDICI SPECIALIZZANDI ISCRITTI ALL'ULTIMO ED AL PENULTIMO ANNO DI CORSO IN ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA NEI PRESIDI AFFERENTI ALL'ASST RHODENSE

REQUISITI DI ACCESSO

- Laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'ordine professionale;
- iscrizione all'ultimo ed al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione di: Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore.

Possono partecipare al presente avviso anche i laureati in medicina e chirurgia, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica 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/collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del codice civile;
- Oggetto dell'incarico: espletamento di attività anestesiológica;
- Attività previste:
 - rivalutazione anestesiológica pre-operatoria;
 - controllo delle apparecchiature, dei materiali e dei farmaci secondo la check list in uso presso l'ASST Rhodense;
 - conduzione del trattamento anestesiológico;
 - controllo del paziente durante l'immediata fase di risveglio;
 - programmazione della terapia antalgica e dei controlli post-operatori;
- Obiettivi: garantire la continuità dell'attività anestesiológica all'interno del blocco operatorio e l'incremento dell'attività chirurgica elettiva al fine del recupero delle liste d'attesa;
- Risultati attesi: rispetto della programmazione del calendario operatorio;
- Modalità di verifica dei risultati: attestazione dell'effettiva osservanza dell'attività assegnata da parte del Responsabile del Dipartimento di Anestesia, rianimazione ed emergenza urgenza.
- Impegno orario: da un minimo n. 1 (una) seduta operatoria mattutina (ore 8,00-15,00) della durata di n. 7 (sette) ore ad un massimo di n. 30 ore/settimanali, da stabilirsi in fase di stipula e sottoscrizione del contratto in base alla disponibilità del libero

professionista/COCOCO, con possibilità di eventuale prolungamento della durata della seduta operatoria in base alla disponibilità del libero professionista/COCOCO fermo restando il massimo di n. 30 ore/settimanali;

- Compenso: € 280,00 (al lordo di tutte le trattenute previste per legge e delle trattenute aziendali) per ciascuna seduta operatoria mattutina (ore 8,00-15,00) ed € 40,00 (al lordo di tutte le trattenute previste per legge e delle trattenute aziendali) per ciascuna ora aggiuntiva in caso di eventuale prolungamento della durata della seduta operatoria fermo restando il massimo di n. 30 ore/settimanali;
- Durata: mesi 2 (due) dalla data di sottoscrizione del contratto, eventualmente prorogabili fino alla data massima del 31.12.2021.

Per lo svolgimento delle attività di cui al presente contratto, l'Azienda garantisce con oneri a proprio carico la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, salva la rivalsa per le ipotesi di colpa grave, come previsto sia dalla L. n. 24 dell'8/3/2017, sia dal D. Lgs. n. 368/1999 all'art. 41, comma 3, il quale, inoltre, prevede che l'Azienda provveda, sempre con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per gli infortuni alle stesse condizioni del proprio personale;

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE

La candidatura alla manifestazione di interesse, redatta in carta semplice - da formularsi secondo il modello allegato al presente avviso - deve essere presentata ad uno degli indirizzi e-mail di seguito indicati:

- a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo protocollo.generale@pec.asst-rhodense.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 pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella PEC non personale o di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare: "manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi libero professionali/ cococo Medici Specializzandi in Anestesia Rianimazione per la riduzione delle liste d'attesa – nome cognome del candidato").
- a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: ASST Rhodense – Viale Forlanini,95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI).
- consegna presso l'Ufficio Protocollo sito in Viale Forlanini,95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI) (orari di apertura al pubblico: dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle 16,30).

Alla manifestazione di interesse è necessario allegare la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae;
- copia di un documento di identità personale in corso di validità e del codice fiscale;
- copia delle polizze RCT e Infortuni;
- copia del certificato di attribuzione della Partita Iva per gli incarichi libero professionali di prestazione d'opera.

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità clinico assistenziali connesse alla gestione degli slot operatori per il recupero delle liste d'attesa e comunque non oltre il 31/12/2021.

L'ASST si riserva di conferire gli incarichi libero professionali/collaborazione coordinata e continuativa a seguito di verifica da parte del Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza del possesso dei requisiti di accesso, dei curricula e delle esperienze professionali e previa selezione per colloquio orale.

La partecipazione al presente avviso non comporta il diritto al conferimento degli incarichi libero professionali/collaborazione coordinata e continuativa.

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) al Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza (tel. 02.994303342) e all'UOC Gestione Operativa tel. 02 994302081

Garbagnate Milanese, 20.08.2021

Il Direttore Generale
Ida Maria Ada Ramponi

FACSIMILE DOMANDA
(da redigere in carta semplice)

All'Amministrazione
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense
Viale Forlanini,95
20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto _____ chiede di poter partecipare all'avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi Libero Professionali /CoCoCo a Medici Specializzandi iscritti all'ultimo ed al penultimo anno di corso della Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore per la riduzione delle liste d'attesa nei Presidi afferenti all'ASST Rhodense

A tal fine, 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 nato a _____ il _____ e di risiedere a _____ in Via _____, telefono n. _____ mail: _____ ;
- di 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).

- di essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l'ammissione al presente bando;
- di essere Medico Specializzando iscritto al (ultimo o penultimo anno) di corso della scuola di specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore presso l'Università.....di.....
- di non essere/essere in possesso della partita IVA n.
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego
- di aver adempiuto all'obbligo vaccinale (sars cov-2) ai sensi dell'art. 4 del D.L. n. 44 dell'1.4.2021

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 già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- di essere stato già lavoratore privato presso o pubblico presso..... e collocato in quiescenza dal
- 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 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, 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

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

di essere Medico Specializzando iscritto al (ultimo o penultimo anno) di corso della
scuola di specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore presso
l'Università.....di.....

Altri titoli di studio:
(Laurea/Master/...)

.....conseguito
presso..... in data.....;
.....conseguito
presso..... in data.....;

Iscrizione Albo professionale di.....dal.....

- 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	DI 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 _____



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AL PERSONALE NEOASSUNTO

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

• **Titolare del Trattamento:** l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense nella persona del Legale Rappresentante pro tempore con sede legale in Viale Forlanini 95 – 20024 Garbagnate Milanese. PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Responsabile della Protezione dei dati: dati di contatto:
e-mail responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.

• **Finalità:** i Suoi dati personali ed eventuali dati relativi alla salute, da Lei forniti mediante la documentazione presentata per la procedura di assunzione/mobilità, per la costituzione di altre tipologie di rapporti, o acquisiti

successivamente, in relazione alla gestione della Sua posizione con l'ASST, saranno oggetto di trattamento per

finalità relative agli adempimenti connessi alla gestione del rapporto di lavoro (dipendente e non) o alla gestione di altre tipologie di rapporti con l'ASST (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: frequentatori, tirocinanti, specializzandi, stagisti, etc.).

• **Categorie dei dati trattati:**

- dati personali
- dati relativi alla salute
- dati genetici
- dati giudiziari

• **Destinatari dei dati:** i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi.

I dati personali acquisiti potranno essere comunicati, in relazione ad uno specifico obbligo di legge, di regolamento o di contratto, sempre nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a soggetti terzi quali: enti assicurativi, assistenziali, società assicurative, centri di elaborazione dati, collegi professionali, enti di controllo nazionali, regionali e locali (Ministero della Sanità, Regione Lombardia, ATS, etc.).

• **Periodo di conservazione:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto

della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.

• **Base giuridica:** i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:

- il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;
- il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
- il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

• **Diritti dell'interessato:** può rivolgersi al Titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti, previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE, tra i quali, a titolo esemplificativo, l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, l'integrazione.

• **Reclami:** può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.