Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER MEDICO IN POSSESSO DI DIPLOMA TRIENNALE PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE O SPECIALISTA IN UNA DISCIPLINA DI AREA MEDICA PER L'ATTIVITA' DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO PRESSO LA CASA DI COMUNITA' DI BOLLATE DELLA ASST RHODENSE

Si rende noto che in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1264 del 29.12.2022 è indetto avviso pubblico per manifestazione di interesse, per titoli e colloquio, per il conferimento ai sensi dell'art. 7 co. 6 del D. Lgs. n. 165/2001di n. 1 incarico libero professionale per lo svolgimento di attività di presa in carico e gestione del paziente cronico presso la Casa di Comunità di Bollate dell'ASST Rhodense della durata di 6 mesi, con decorrenza dalla data di sottoscrizione del contratto.

REQUISITI DI ACCESSO

- Laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'ordine professionale;
- Diploma triennale di formazione specifica in medicina generale o specializzazione in una disciplina di area medica.

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, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del codice civile;
- Oggetto dell'incarico: presa in carico e gestione del paziente cronico (PAI);
- Attività previste: garantisce l'attività di presa in carico e rinnovo dei patti di cura e tutte le attività ad essa correlate per pazienti affetti da cronicità già arruolati dalla ASST Rhodense.
- Obiettivi: garantire la continuità assistenziale ai pazienti che hanno già aderito al patto di cura e sono in carico alla ASST Rhodense presso la Casa di Comunità di Bollate;
- Modalità di verifica dei risultati: effettiva prosecuzione delle attività già in corso
- Impegno orario: da un numero minimo 12 ore/settimanali ad un numero massimo 16 ore/settimanali, con accessi da stabilirsi in fase di stipula e sottoscrizione del contratto in base alla disponibilità del libero professionista ed alle esigenze del Servizio;
- Compenso: € 40 ora lordi omnicomprensivi;
- Durata dell'incarico: dalla data di sottoscrizione del contratto sino al 30/06/2023, salvo proroga in caso di esigenze indifferibili aziendali e per assicurare la continuità assistenziale o risoluzione anticipata in caso di nomina di assunzione di un medico per le mansioni oggetto del presente avviso.

Il professionista al quale sarà conferito l'incarico dovrà dotarsi di copertura assicurativa, con massimali adeguati, per responsabile civile verso terzi (RCT) e Infortuni.

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 al seguente indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Alla manifestazione di interesse è necessario allegare la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae datato e firmato, in formato word e PdfA e autocertificato ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di comunicazioni mendaci;
- 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.

I curricula saranno esaminati dal Direttore ad interim del Distretto Garbagnatese o suo delegato. La valutazione dei curricula sarà accompagnata da un colloquio, volto alla verifica del possesso delle conoscenze richieste per l'espletamento dell'incarico. Si procederà quindi alla convocazione dei candidati ammessi alla selezione, cui sarà data tempestiva comunicazione, all'indirizzo PEC o PEO indicato nella domanda di partecipazione, circa la data e la sede di svolgimento del colloquio: si rammenta che la mancata presenza all'ora e alla data che verranno comunicate comporterà l'esclusione dalla selezione.

Ai candidati non ammessi verrà data comunicazione di esclusione all'indirizzo PEC o PEO indicato nella domanda di partecipazione.

La partecipazione al presente avviso non comporta il diritto al conferimento dell'incarico libero professionale.

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 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 alla S.C. Affari Generali e Legali (tel. 02.994302602)

FACSIMILE DOMANDA
(da redigere in carta semplice)

All'Amministrazione
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense
"G. Salvini" di Garbagnate M.
Viale Forlanini,95
20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto_____chiede di poter partecipare all'avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di incarico Libero Professionale a Medico in possesso di Diploma triennale di formazione specifica in medicina generale o specializzazione in una disciplina di area medica disponibile a prestare attività per la presa in carico del paziente cronico nella 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;

o 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 _____ _____al n._____;
- a decorrere dal
- di essere in possesso:
  - del diploma triennale di formazione specifica in medicina generale conseguito il_____a_____
  - del diploma di specializzazione in_____conseguito il _____a_____
- prestare oppure avere o non avere prestato servizio:
- presso pubbliche Amministrazioni

_____

o presso Strutture private convenzionate e non

_____

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

_____

(con indicazione della durata, tipo di rapporto –*ad es.: dipendente/liberoprofessionista* - 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 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 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 dinon aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
❑ di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardanol'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 dellacorruzione 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, in formato word e PdfA 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.

<u>MOD. 1</u> 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 didichiarazione 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 in possesso del Diploma triennale di formazione specifica in medicina generale conseguito il .....presso.....in data.....

❏ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in ..... 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 _____