

AVVISO
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO A
PROFESSIONISTI MEDICI E SANITARI
IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19

In applicazione delle deliberazioni del Direttore generale n. 136 del 12 marzo 2020 e n. 149 del 19 marzo 2020, ai sensi dell'art. 2 bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, come inserito dalla legge di conversione, con modificazioni, 24 aprile 2020, n. 27, è pubblicato avviso per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai seguenti professionisti, anche collocati in quiescenza:

- **Medici**, in particolare specializzati o specializzandi nelle seguenti discipline: Medicina interna, Malattie apparato respiratorio, Malattie infettive, Anestesia e rianimazione, Igiene epidemiologia e sanità pubblica;
- **Infermieri**
- **Assistenti sanitari**
- **Tecnici sanitari di radiologia medica**
- **Tecnici sanitari di laboratorio biomedico**

Per il conferimento dell'incarico è richiesto il possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso alla relativa professione, nonché l'iscrizione all'albo; i professionisti collocati in quiescenza possono essere incaricati anche ove non iscritti al competente albo professionale, in conseguenza del collocamento a riposo.

All'atto del conferimento dell'incarico il professionista inoltre dovrà:

- non trovarsi in situazione di inconfiribilità per condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione);
- non avere rapporti di lavoro subordinato, in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il servizio sanitario nazionale;
- non avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI) né di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;
- non avere situazioni di conflitto di interesse, ai sensi del Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ed anagrafe degli incarichi e, in particolare:
 - non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di Enti/strutture sanitarie e socio-sanitarie (pubbliche o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;

- non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di società che intrattengono rapporti contrattuali con l'APSS in materia di lavori, servizi o forniture, o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; di essere a conoscenza che qualora i suddetti rapporti contrattuali, si instaurino successivamente alla data della presente dichiarazione, il sottoscritto ha il dovere di darne comunicazione all'APSS;
- svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall'APSS

CARATTERISTICHE DELL'INCARICO

- **Contratto di lavoro autonomo che verrà dettagliato in base alla fiscalità dell'incaricato.** Il rapporto è disciplinato dall'art. 2222 del Codice Civile e non vale a costituire rapporto di lavoro dipendente
- **Durata:** connessa al perdurare dello stato di emergenza Covid.

Corrispettivo orario:

- per personale medico specializzato: € 80,00;
- per i laureati in medicina e chirurgia e per specializzandi: € 46,00;
- per personale delle professioni sanitarie: € 30,00.

Per il personale che rientra dalla quiescenza sono previsti i medesimi importi, in base al ruolo ricoperto al momento della cessazione.

- **Sede attività:** definita in base alle esigenze organizzative
- **Assicurazioni:** l'Azienda garantisce la copertura assicurativa per la responsabilità civile professionale dei libero professionisti e dei collaboratori, alle condizioni previste dalla polizza RCT aziendale in vigore, per i danni causati a terzi, in relazione alle attività espletate in attuazione del rapporto contrattuale, ad esclusione della responsabilità derivante da dolo /colpa grave, a fronte dell'eccezionalità della situazione contingente. Per i libero professionisti non in possesso di copertura assicurativa infortuni professionale in corso e operante per il periodo di durata del contratto di lavoro, l'Azienda rimborserà il costo del premio di stipula della polizza.

CONTENUTO DELLA DOMANDA

La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, deve contenere:

- a) nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, residenza ed eventuale diverso recapito, recapiti telefonici ed indirizzo di posta elettronica presso il quale verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura tramite la casella istituzionale di posta elettronica del Servizio Acquisizione e sviluppo. L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dello stesso, né per eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore;
- b) la dichiarazione puntuale del possesso di tutti i requisiti prescritti per il conferimento dell'incarico;

- c) l'indicazione del numero di ore settimanali che il professionista è disponibile a svolgere;
- **curriculum vitae in formato pdf (non da scansione)**, aggiornato e completo. Ai sensi dell'art. 39 undecies della legge provinciale 19 luglio 1990 n. 23, sopra citata, il curriculum vitae del soggetto incaricato sarà pubblicato sul sito internet aziendale insieme alla dichiarazione circa lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica amministrazione. Si richiede pertanto redigere il curriculum vitae secondo il modello europeo **senza riportare dati personali eccedenti** (es. residenza, numeri telefonici, fotografie, luogo di nascita) non rilevanti ai fini del conferimento dell'incarico (indirizzi e recapiti telefonici sono invece da riportare sul modello di domanda) e **senza firma** autografa.

AUTOCERTIFICAZIONI

Secondo quanto disposto dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari non può accettare certificati rilasciati da Pubbliche amministrazioni, che restano utilizzabili solo nei rapporti tra privati; detti certificati devono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, o dall'acquisizione d'ufficio delle informazioni necessarie, previa accurata indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle stesse.

Il candidato dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e negli eventuali documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie degli eventuali documenti prodotti.

L'Amministrazione procede a verifiche, anche a campione, delle dichiarazioni rese.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità assistenziali e per la durata dell'emergenza.

La domanda è redatta in carta semplice, utilizzando preferibilmente il modello scaricabile dal sito aziendale www.apss.tn.it sezione "concorsi".

La domanda e la documentazione allegata devono essere spedite esclusivamente all'indirizzo apss@pec.apss.tn.it (anche da casella mail personale).

La domanda dovrà essere datata, firmata e scansionata in formato PDF. Alla domanda dovranno essere allegati, in formato PDF, un curriculum vitae e la copia di un documento di identità. Si raccomanda di specificare nell'oggetto della e-mail il riferimento alla presente procedura. Qualora la documentazione richiesta sia contenuta in più file PDF, si raccomanda di denominare ciascun file (es. domanda di partecipazione, curriculum vitae, documento di identità), di non

zippare i file, di non superare i 20 MB per e-mail (se necessario si invita ad effettuare più trasmissioni).

CRITERI PER LA SCELTA DEI PROFESSIONISTI CUI CONFERIRE L'INCARICO

La scelta dei professionisti a cui conferire l'incarico avverrà, periodicamente, in base alle necessità organizzative, attraverso la valutazione dei curricula da parte di professionisti aziendali esperti, tenendo conto dell'esperienza professionale dei candidati nella materia oggetto dell'incarico.

In base al numero delle domande pervenute, alla valutazione dei curricula potrà seguire un eventuale colloquio volto alla verifica e all'approfondimento delle competenze ed esperienze di ciascuno in relazione all'incarico da ricoprire.

La data e l'ora dell'eventuale colloquio verranno pubblicate sul sito aziendale www.apss.tn.it nella sezione "concorsi".

Qualora partecipino alla selezione soggetti aventi già svolto incarichi libero professionali presso l'Azienda, l'incarico potrà essere conferito, in caso di positiva valutazione del curriculum e dell'eventuale colloquio, solo dopo verifica di compatibilità con i limiti temporali degli incarichi previsti dalle vigenti norme di legge provinciale.

Per informazioni rivolgersi all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Servizio Acquisizione e Sviluppo – tel. 0461/904085-4185-4083.

Trento, 22 ottobre 2020

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
 Ufficio selezioni – Stanza 37
 Via Degasperi, 79
38123 TRENTO (TN)

Il/La sottoscritto/a														
nato/a a prov il														
residente in via n.														
C.A.P. città.....prov.....														
domicilio (se diverso dalla residenza):														
via n.														
C.A.P. città.....prov.....														
numero telefono.....numero cellulare.....														
CODICE FISCALE:														
P. IVA														

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA’
 AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI LAVORO AUTONOMO
 IN RELAZIONE ALL’EMERGENZA COVID-19**

e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHARA DI:

essere nato/a a prov il	
<i>(dichiarazione obbligatoria)</i>	
aver subito condanne che comportino l’interdizione <i>perpetua</i> dei pubblici uffici	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
(barrare la casella interessata)	
se SI, indicare quali:	
.....;	
<i>(dichiarazione obbligatoria)</i>	

aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

SI NO
(barrare la casella interessata)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda

SI NO
(barrare la casella interessata)

(dichiarazione obbligatoria)

essere in possesso della laurea in
conseguita con il punteggio di/..... in
data.....presso.....
sita in.....
ovvero
avere conseguito con punteggio/valutazione
il titolo di
in data.....nello Stato di.....
dichiarato equipollente al titolo richiesto di
con decreto di datarilasciato da

(dichiarazione obbligatoria)

essere in possesso della seguente **SPECIALIZZAZIONE**:

1) Disciplina:.....
conseguita con il punteggio/..... in data.....
presso l'Università di.....
frequenza dal..... al.....
durata legale del corso.....

essere iscritto al seguente ordine professionale:
dal N° di iscrizione

non trovarsi in situazione di inconferibilità per condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione)

di avere i seguenti rapporti di lavoro in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:

nessuno

(se sì, specificare la tipologia del rapporto di lavoro (es. lavoro subordinato o libero professionale e la struttura):

.....
.....
.....

di avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;

nessuno

(se si specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura):

.....
.....

non avere situazioni di conflitto di interesse, ai sensi del Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ed anagrafe degli incarichi e, in particolare:

non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di Enti/strutture sanitarie e socio-sanitarie (pubbliche o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;

non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di società che intrattengono rapporti contrattuali con l'APSS in materia di lavori, servizi o forniture, o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; di essere a conoscenza che qualora i suddetti rapporti contrattuali, si instaurino successivamente alla data della presente dichiarazione, il sottoscritto ha il dovere di darne comunicazione all'APSS;

svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento:

nessuno

se si specificare quali.....

.....

essere disponibile allo svolgimento di **n. ore settimanali**

essere dipendente di un Pubblica amministrazione

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quale:

.....

essere collocati in quiescenza

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare con quale decorrenza:

.....

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

indicare l'indirizzo di posta elettronica presso il quale verrà effettuata ogni comunicazione relativa alla presente procedura come previsto dall'avviso pubblico:

.....

L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dello stesso, né per eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Allega alla presente domanda:

- curriculum vitae aggiornato e completo;
- copia di un documento d'identità.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie dei documenti prodotti.

In caso di spedizione dovrà essere allegata copia di un documento di identità personale in corso di validità.

Luogo e data

FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO

Documento d'identità _____