



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

ASP Crotone
CONCORSI E AVVISI
N. 0000117 del 27/09/2022



REGIONE CALABRIA

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST, PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN QUIESCENZA, PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE - REPARTI OSPEDALIERI. - REVOCA AVVISO N. 116 DEL 20/09/2022.

SCADENZA 04.10.2022

PREMESSO che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, considerata la difficoltà di reclutare medici specializzati e specializzandi in determinate discipline, ha necessità di avvalersi di personale medico, anche collocato in quiescenza, usufruendo all'uopo delle disposizioni di cui all'articolo 2-bis, comma 5 del D.L. n. 18 del 17/03/2020, convertito in L. n. 27 del 24/04/2020 nonché dell'articolo 36, comma 4-bis del D.L. n. 73 del 21/06/2022, convertito in L. n. 122 del 04/08/2022.

STANTE QUANTO SOPRA

L'Azienda intende indire la presente manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di una short list per l'eventuale reclutamento di **medici specialisti in quiescenza**, mediante la stipula di contratti libero professionali, per implementare temporaneamente e in caso di necessità l'organico presso le unità operative che presentano particolari criticità.

Con il personale interessato verrà stipulato un contratto libero professionale su base oraria e comunque sino a un massimo di 38 ore settimanali, della durata di mesi sei, salvo eventuali proroghe.

La partecipazione alla presente manifestazione non comporta in capo a ciascun candidato alcun diritto al conferimento dell'incarico.

Le eventuali candidature, da redigersi secondo il modello allegato, dovranno pervenire entro il termine perentorio del **7° giorno** successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul sito aziendale **www.asp.crotone.it**, esclusivamente al seguente indirizzo di **pec: protocollo@pec.asp.crotone.it**.

Non saranno accolte le domande pervenute oltre il termine di cui sopra o indirizzate ad altre caselle di posta elettronica certificata aziendali.

Alla domanda il candidato dovrà allegare il proprio curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione e copia del documento di identità, a pena di esclusione.

La mancata sottoscrizione della domanda implicherà la nullità insanabile della stessa e precluderà al candidato la partecipazione alla procedura di cui al presente Avviso.

Le domande e gli eventuali documenti prodotti non sono soggetti all'imposta di bollo.

Per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni sostitutive di certificazioni che risultano mendaci sono perseguibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Con la partecipazione all'Avviso l'aspirante accetta integralmente e incondizionatamente le norme previste dal bando.

L'ASP di Crotone, previa verifica dei requisiti dichiarati e valutazione dei curricula formativi e professionali, redigerà appositi elenchi di professionisti, cui conferire in rapporto alle proprie necessità incarichi libero professionali.

L'attribuzione degli incarichi di cui al presente Avviso avverrà, previa verifica del possesso dei requisiti di seguito indicati, su autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale, previa richiesta del Direttore/Responsabile dell'U.O. richiedente e previa valutazione delle criticità operative e organizzative dell'U.O. medesima.

L'inserimento negli elenchi di cui alla presente procedura non comporterà il diritto al conferimento dell'incarico.

REQUISITI DI ACCESSO:

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. Diploma di specializzazione medica (qualsiasi disciplina, anche equipollente o affine); si precisa che ai sensi dell'art. 56, c. 2 del DPR 483/97 è esentato dal requisito in parola il personale in servizio di ruolo alla data del 01/02/1998;
4. Essere stato collocato in quiescenza in qualità di Dirigente Medico.

CONFERIMENTO INCARICHI

Gli incarichi verranno conferiti secondo le necessità aziendali e verranno regolati da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazione di lavoro autonomo, senza vincolo di subordinazione.

Data la particolare natura degli incarichi da conferire, la disponibilità immediata sarà, ove essenziale a garantire la continuità del servizio, condizione imprescindibile per il conferimento.

Il rapporto di lavoro si risolve, automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

I predetti incarichi, qualora necessario, possono essere conferiti anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione con decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 10 marzo 2020.

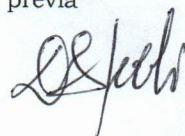
Ai menzionati incarichi non si applica l'incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico.

TIPOLOGIA, COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

Gli incarichi eventualmente conferiti avranno durata semestrale, salvo eventuali proroghe, su base oraria e comunque sino a un massimo di 38 ore settimanali, secondo le esigenze di volta in volta individuate dal Direttore/Responsabile dell'U.O. interessata.

La rilevazione delle ore prestate avverrà tramite badge magnetico che verrà consegnato a ogni professionista incaricato.

Il compenso è determinato in € 40,00 all'ora, al lordo delle ritenute di legge; il pagamento verrà effettuato, a beneficio di ogni professionista, dall'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione previa



presentazione di fattura elettronica mensile (codice univoco TXXXDF) debitamente controllata dal predetto Direttore/Responsabile, che dovrà attestare le ore effettivamente svolte e autorizzate e richiederne la relativa liquidazione.

L'incarico sarà regolato da apposito contratto conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 del Codice Civile, senza vincolo di subordinazione.

All'atto del conferimento dell'incarico il professionista dovrà presentare all'Azienda apposita dichiarazione di possesso di idonea polizza assicurativa per la copertura degli infortuni e della Responsabilità civile verso terzi in relazione all'attività da prestare.

DIPOSIZIONI FINALI

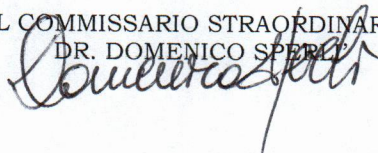
Per quanto non regolato dal presente avviso, si fa riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

L'ASP di Crotone si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere revocare o annullare il presente avviso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in ragione di pubblico interesse, senza che gli istanti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

La partecipazione all'avviso, implica l'accettazione, senza riserve, delle disposizioni del presente avviso, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni attualmente in vigore e da quelle eventualmente future.

Il presente avviso, nonché tutte le comunicazioni inerenti allo stesso, saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone www.asp.crotone.it , con effetto di pubblicità legale ai sensi dell'art. 32 comma 1 della L. n. 69 del 18/06/2009 .

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DR. DOMENICO SPERDI



Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST, PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN QUIESCENZA, PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE.

Il sottoscritto COGNOME..... NOME..... nato il a
..... codice fiscale..... residente in via
..... n. Città
Provincia CAP recapiti telefonici
..... pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto e a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

☐ di essere in possesso della cittadinanza
..... ai sensi dell'art.38 del
D.Lgs n.165/01 e ss.mm.ii.;

☐ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
.....;

☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali
(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

(sbarrare la voce che interessa)

☐ di godere dei diritti civili e politici

☐ di non godere dei diritti civili e politici.....
(in caso di non godimento indicare i motivi)

(sbarrare la voce che interessa).

☐ di non aver riportato condanne penali

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali.....
(in caso di condanne indicare quali)

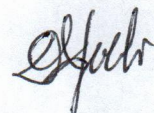
(sbarrare la voce che interessa)

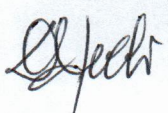
☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

☐ di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
.....
(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

☐ di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in





datarilasciata dall'Università di
con la votazione di

o di essere in possesso della specializzazione indella
durata di anni conseguita in data
.....rilasciata dall'Università di

o di essere stato collocato in quiescenza in data

o di essere munito della seguente partita IVA

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni
relative alla presente manifestazione è:

COGNOME..... NOME

residente in Via/Piazza.....

nCittà Provincia CAP..... recapiti

telefoniciPEC/email.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di
indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o
tardiva comunicazione del cambiamento di residenza indicata nella presente
domanda.

IL sottoscritto dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme
contenute nell'avviso;
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano
effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale
di Crotone www.asp.crotone.it;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del
Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento
della procedura *de qua*.

Si allegano alla presente domanda:

1. curriculum formativo e professionale;
2. copia documento d'identità;
3. altro

Data

Firma