Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Ovest

U.O. AFFARI GENERALI

SCADE IL 30/06/2016

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER SOLI TITOLI
per il conferimento di incarichi di collaborazione libero professionale per attività di Medico Specialista in Ostetricia/Ginecologia presso gli Ambiti Distrettuali

In esecuzione della deliberazione adottata n. 517 del 21/06/2016, questa Azienda invita gli interessati, in possesso dei requisiti richiesti, al conferimento dell'incarico libero professionale indicato in oggetto, nel rispetto delle previsioni dell'art. 7 c. 6 del D. Lgs 165/2001 e s.m.i. e del regolamento aziendale in materia di attivazione di collaborazioni professionali esterne, a far pervenire la domanda di ammissione, redatta su carta semplice corredata della documentazione richiesta

entro e non oltre il 30/06/2016

Il termine fissato per la presentazione delle domande è **perentorio**.

L'Azienda si riserva di ripubblicare il presente avviso in caso di assenza di candidati allo scadere del termine fissato.

La presentazione della domanda può essere effettuata con le seguenti modalità:

- consegna a mano, presso l'Ufficio Protocollo dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Bergamo Ovest – P.le Ospedale n.1 – Treviglio – nei seguenti orari di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16,00 con orario continuato: in questo caso la data di presentazione della domanda sarà comprovata dal numero di protocollo apposto dall'Ufficio Protocollo sulla domanda stessa;
- a mezzo servizio postale, tramite raccomandata con avviso di ricevimento.
  In questo caso si considereranno comunque pervenute fuori termine e non saranno considerate valide le domande pervenute oltre tale data anche se inoltrate per mezzo del Servizio Postale con timbro accettante entro la data di scadenza sopra citata.
- tramite posta elettronica certificata (PEC): in questo caso la domanda dovrà essere trasmessa in un unico file in formato PDF al seguente indirizzo: protocollo@pec.asst-bgovest.it.
  Si precisa che la validità di tale invio è subordinato all'utilizzo da parte del candidato di casella posta elettronica certificata, non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da caselle di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzato alla PEC suddetta. L'indirizzo della casella PEC del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato.
  La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna.
  Si comunica che gli operatori dell'Ufficio Protocollo non sono abilitati al controllo della regolarità delle domande e relativi allegati sia presentati in formato cartaceo direttamente all'Ufficio Protocollo sia in formato elettronico presentati tramite PEC.

Il ritardo nella presentazione o nell'arrivo della domanda alla sede sopra indicata, quale ne sia la causa, anche se non imputabile al candidato, comporta la non ammissibilità di quest'ultimo all'Avviso Stesso.

L'Azienda non si assume alcuna responsabilità in ordine alle domande smarrite o pervenute oltre il predetto termine a causa di insufficiente o errato indirizzo, disguidi o altre cause non imputabili alla propria volontà.

I requisiti specifici di ammissione sono i seguenti:

- Laurea in medicina e chirurgia;
- Abilitazione all'esercizio della professione
- Iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi;
- Specializzazione nella Disciplina di Ostetricia/Ginecologia o disciplina equipollente ;

COMPENSO ORARIO LORDO ONNICOMPRENSIVO: € 25,82/ora

DURATA DELL'INCARICO: un anno

COPERTURE ASSICURATIVE a carico del libero professionista:
- polizza assicurativa per RC professionale e garanzia per colpa grave

CRITERI DI VALUTAZIONE DEI CURRICULA DEI CANDIDATI
Per la valutazione dei curricula dei candidati le commissione dispone complessivamente di 100 punti di cui:

- 60 punti con riferimento all'esperienza professionale maturata dai candidati,
- 40 punti con riferimento alle iniziative di aggiornamento, alla produzione scientifica e ad ulteriori titoli di studio posseduti oltre a quello richiesto come requisito, master e corsi di formazione manageriale.

La valutazione comparativa dei curricula dei candidati partecipanti all'avviso sarà effettuata da una commissione cosi composta da: Direttore del Dipartimento e n. 2 Dirigenti Medici

Nella domanda di ammissione i candidati, anche ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, devono dichiarare sotto la propria responsabilità quanto segue:

1. cognome, nome e codice fiscale;
2. la data, il luogo di nascita e la residenza;
3. il possesso della cittadinanza italiana o equivalente, ovvero cittadinanza di uno degli stati membri dell'Unione Europea ovvero cittadinanza di uno dei Paesi Terzi con i requisiti previsti dall'art.38 del D.Lgs. 30/03/2001 n.165 così come modificato dall'art.7 della Legge 6/8/2013 n.97 ;
4. il Comune nelle cui liste sono iscritti, ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
5. le eventuali condanne penali riportate ovvero la dichiarazione di non aver riportato condanne penali;
6. gli eventuali servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
7. i titoli di studio posseduti;
8. il domicilio, con il relativo numero di codice postale, presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione e l'eventuale recapito telefonico;
9. il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 30/06/2003, n. 196)

I candidati di cittadinanza diversa da quella italiana dovranno dichiarare, inoltre, di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero i motivi del mancato godimento dei diritti stessi e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

La domanda deve essere firmata senza necessità di autenticazione. La mancanza della firma comporta l'esclusione dalla selezione.

Non possono accedere alla selezione in argomento coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso pubbliche amministrazioni.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso nel rispetto delle norme di legge.

Per quanto disposto dall'art. 39 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, non è richiesta l'autenticazione della sottoscrizione della domanda per la partecipazione alla procedura di cui al presente avviso.

Per le attività svolte presso l'Azienda, ai sensi della normativa c.d. "*Decertificazione"*, il candidato può autocertificare le attività prestate oppure far riferimento, nel curriculum, alla tipologia di servizio reso (in libera professione, come specialista ambulatoriale o a tempo determinato/indeterminato) impegnando l'Azienda a verificare ed integrare con i dati in suo possesso, i titoli del candidato.

Per le attività svolte presso altre Pubbliche Amministrazioni, è opportuna l'autocertificazione (in considerazione della normativa che impedisce all'ente di pretendere certificati rilasciati dalle P.A.)

I titoli di studio e qualsiasi altro titolo, la cui sussistenza può essere provata da una P.A., sono oggetto di autocertificazione.

Al riguardo si fa presente che il D.P.R. 28/12/2000, n. 445, ha regolamentato le ipotesi nelle quali è possibile ricorrere all'autocertificazione – mediante dichiarazioni sostitutive di certificazioni ovvero alle dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà. In merito si precisa:

a. le dichiarazioni sostitutive di certificazioni possono essere rese per tutti i fatti, stati e qualità personali di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000.
b. tutti gli stati, fatti e qualità personali non ricompresi nel punto 1 possono essere comprovati dal candidato mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000; tale dichiarazione sostitutiva può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una P.A., la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio e di servizio sono conformi all'originale, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa (non manoscritte, né dattilografate, né poligrafate).

Il candidato che risulterà idoneo all'esito della Selezione – secondo l'ordine della graduatoria che verrà stilata – dovrà iniziare l'attività, entro il termine stabilito dall'Amministrazione.

L'espletamento dell'attività di collaborazione in oggetto non dà luogo, in alcun caso, alla costituzione di un rapporto di lavoro subordinato.

Ai sensi dell'art. 18 – comma 1 – del D.Lgs 30/06/2003, n. 196 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso questa Azienda per le finalità di gestione della procedura di cui al presente avviso pubblico. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazioni dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione della procedura. Gli interessati sono titolari dei diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs.

La graduatoria dei candidati sarà approvata con deliberazione del Direttore Generale dell'ASST di Bergamo Ovest sarà pubblicata all'Albo on line dell'Azienda: tale pubblicazione varrà quale comunicazione agli interessati dell'esito dell'avviso.

Per eventuali chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi all'Ufficio Affari Generali dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Bergamo Ovest di Treviglio (tel. 0363/42.42.94 - 42.48.70) Piazzale Ospedale, n.1 – 24047 TREVIGLIO (BG).

Treviglio, 23 giugno 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE GENERALE
F.to dott.ssa Flavia Bernini	F.to dott.ssa Elisabetta Fabbrini

Al Direttore Generale dell'A.S.S.T. Bergamo Ovest
U.O. Affari Generali
P.le Ospedale, 1 - 24047 TREVIGLIO (BG)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso pubblico per lil conferimento di incarico di collaborazioni libero professionali di Dirigente Medico della disciplina di Ostetricia/Ginecologia.

Consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i. per mendaci dichiarazioni e falsità in atti, ai sensi dell'art.46 del suddetto DPR

DICHIARA

(barrare con una crocetta e cancellare la voce che non interessa)

- di essere nato/a a _____il _____ Codice Fiscale _____;
- di essere residente a _____ in via _____ n. _____ indirizzo mail _____ eventuale PEC _____ telefono _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino dello Stato _____;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per chi non è in possesso della cittadinanza italiana);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____- Stato _____ ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____;
- di non avere riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____ (indicare la data del provvedimento di condanna e l'autorità giudiziaria che lo ha emesso nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti);
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - Diploma/Laurea in _____ conseguito il _____ presso _____ durata del corso anni _____;
  - Abilitazione _____ conseguita il _____ presso _____
  - Specializzazione in _____ conseguita il _____ presso _____ durata del corso anni _____conseguita ai sensi del
    O vecchio ordinamento O D.Lgs. N.257/91 O D.Lgs. N.368/99
- di essere iscritto all'Albo/Ordine _____ della Provincia di _____ dal _____ n. posizione _____;
- di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione: _____;
- di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di prestare/ aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni:
  Ente _____ periodo _____
  Profilo _____disciplina _____
  O Ruolo O incarico a tempo determinato O supplenza O tempo pieno O tempo definito O tempo parziale (n.ore sett.li)____

  Ente _____ periodo _____
  Profilo _____disciplina _____
  O Ruolo O incarico a tempo determinato O supplenza O tempo pieno O tempo definito O tempo parziale (n.ore sett.li)____

  dichiara inoltre che, in riferimento ai servizi di cui sopra non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12.1979, n. 761;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità della L.31/12/96 n.675 e s.m.i., sulla privacy;
- di segnalare che ogni comunicazione relativa al presente bando dovrà essere inviata a mezzo:
  O raccomandata a/r alla suindicata residenza
  O raccomandata a/r al seguente domicilio: via _____ n. ___ cap _____ città _____
  O e-mail al suindicato indirizzo di posta elettronica.

Distinti saluti.

DATA _____ FIRMA _____

****

Informativa ai sensi del D.Lgs. n.196/2003: i dati acquisiti sono utilizzati dall'A.S.S.T. Bergamo Ovest di Treviglio esclusivamente per le finalità connesse all'istanza dell'interessato, al quale competono tutti i diritti previsti dal Decreto stesso.

MODULO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di uso o formazione di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i.

DICHIARA

1) di aver conseguito la laurea in _____ il giorno _____all'Università di _____

2) (ove prevista) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione avendo superato l'esame di stato nella sessione di _____ all'Università di _____

3) di aver conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina di _____ il giorno _____ all'Università di _____ durata corso anni _____

4) che il diploma suddetto è stato conseguito ai sensi del:

O vecchio ordinamento O D. Lgs n.257/91 O D.Lgs n.368/99;

5) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei _____ della provincia di _____ a decorrere dal _____ n. posizione _____.

6) di aver prestato/prestare i sottonotati servizi presso:

DENOMINAZIONE ENTE: _____

INDIRIZZO _____

(Indicare inoltre se: O Ente Pubblico O Istituto accreditato O Istituto privato convenzionato O Ente Privato)

QUALIFICA _____

TIPO CONTRATTO (dipendente – Libero Professionista – Co.Co.Co. …..) _____

□ TEMPO DETERMINATO □ TEMPO INDETERMINATO

□ ORARIO SETTIMANALE (n° ore) _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

7) altre eventuali dichiarazioni _____

Data _____

FIRMA _____

N.B.: Allegare fotocopia documento di identità valido