



AVVISO

**PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO A
PROFESSIONISTI BIOLOGI E TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO
IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19
DA DESTINARE ALLA FONDAZIONE EDMUND MACH (FEM)**

In esecuzione delle deliberazioni del Direttore generale facente funzioni n. 448 del 28 settembre 2020, n. 136 del 12 marzo 2020 e n. 149 del 19 marzo 2020 è pubblicato avviso per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a professionisti Biologi e Tecnici sanitari di Laboratorio Biomedico, da destinare alla Fondazione Edmund Mach (FEM).

L'incarico è conferito per lo svolgimento di attività analitiche consistenti nell'utilizzo di biotecnologie molecolari su campioni biologici di provenienza umana ai fini della diagnosi di infezione da SARS-CoV-2.

La gestione del campione biologico comprende:

- fase preanalitica di accettazione e trattamenti necessari alla fase analitica, sia la fase analitica di estrazione degli acidi nucleici
- fase analitica con allestimento e rilevazione delle reazioni di amplificazione genica ed eventuali test di conferma,
- fase postanalitica: refertazione ed eventuale conservazione dei campioni in apposita biobanca.

E' richiesto il possesso di uno dei seguenti titoli di studio, nonché l'abilitazione professionale e l'iscrizione al relativo albo:

- laurea in **Tecnico di laboratorio biomedico** appartenente alla classe delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche L/SNT 3
oppure
- diploma universitario di Tecnico sanitario di laboratori biomedico conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni
oppure
- uno dei seguenti titoli conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti al diploma universitario (Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 – Gazzetta Ufficiale n. 189 del 14 agosto 2000):
- Tecnico di laboratorio biomedico – Decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 10 marzo 1982;
- Tecnico di laboratorio biomedico – Legge 11 novembre 1990, n. 341
- Tecnico di laboratorio - Decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 10 marzo 1982;
- Tecnico di laboratorio medico – Decreto del Ministro della sanità del 30 gennaio 1982, art. 81;
- Tecnico di laboratorio medico – Decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 27 marzo 1969, art. 132, purché i relativi corsi siano iniziati in data antecedente a quella di entrata in vigore del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982.

Laurea specialistica e/o magistrale in:

- **Biologia** - Laurea specialistica classe 6/S o Laurea magistrale classe LM-6
 - Biotecnologie industriali - Laurea specialistica classe 8/S o Laurea magistrale classe LM-8
 - Biotecnologie mediche, veterinarie, e farmaceutiche - Laurea specialistica classe 9/S o Laurea magistrale classe LM-9
 - Scienze della nutrizione umana - Laurea specialistica classe 69/S o Laurea magistrale classe LM-61
 - Laurea in Scienze Biologiche secondo gli ordinamenti previgenti al D.M. 3/11/1999, n. 509 (vecchio ordinamento), Laurea equiparata dal DM 9 luglio 2009 alle classi 6/S, 7/S, 8/S, 9/S, 69/S, 82/S, LM-6, LM-7, LM-8, LM-9, LM-61, LM-75.
- Classi di laurea triennali in:
- Biotecnologie - Laurea classe 1 o Laurea classe L2
 - Scienze biologiche - Laurea classe 12 o Laurea classe L13
- Altra laurea o titolo che consenta l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei biologi.

oppure

titolo conseguito all'estero riconosciuto equipollente a quello italiano con Decreto del Ministero della salute.

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

- ☐ 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);
- ☐ 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 dell'Accordo di collaborazione APSS-FEM e/o dello stato di emergenza Covid.
- **Corrispettivo orario:** Euro 30,00
- **Sede attività:** laboratori della Fondazione Edmund Mach (FEM)
- **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.

TERMINE E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione **scade il giorno 16 ottobre 2020.**

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 attraverso la valutazione dei curricula da parte di un'apposita commissione di esperti, composta da un rappresentante di APSS e un rappresentante di FEM, tenendo conto dell'esperienza professionale dei candidati nella materia oggetto dell'incarico, con particolare riferimento all'ambito della biologia molecolare.

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.

I professionisti che, in seguito alla valutazione del curriculum e del colloquio, verranno dichiarati idonei ma, in considerazione di un elevato numero di partecipanti, non otterranno il conferimento dell'incarico, potranno essere contattati dall'Azienda per eventuali analoghe esigenze aziendali, anche su diverse strutture.

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

Trento, 1 ottobre 2020

IL DIRETTORE GENERALE F.F.
(DOTT. PIER PAOLO BENETOLLO)

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
 DA SVOLGERE PRESSO LA FONDAZIONE EDMUND MACH (FEM)**

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"

DICHIARA DI:

essere nato/a a prov il	
(dichiarazione obbligatoria)	
aver subito condanne che comportino l’interdizione <i>perpetua</i> dei pubblici uffici	☐ SI ☐ NO
se SI, indicare quali:	

(barrare la casella interessata)

.....; (dichiarazione obbligatoria)
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>temporanea</i> 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 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. <u>lavoro subordinato o libero professionale</u> e la struttura):
di avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta; ☐ nessuno ☐ (se sì 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 _____