

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO
LIBERO PROFESSIONALE
A MEDICO SPECIALIZZATO IN OFTALMOLOGIA**

**PER LE ESIGENZE DEL POLIAMBULATORIO DI SAN GIOVANNI DI FASSA
(SAN JAN DI FASSA)**

In esecuzione della deliberazione del Direttore generale n. 47/2020 di data 3 febbraio 2020 è indetto avviso di selezione pubblica per il conferimento di un incarico libero professionale a medico specializzato in Oftalmologia per l'effettuazione di prestazioni presso il poliambulatorio di San Giovanni di Fassa (San Jan di Fassa).

L'incarico verrà conferito ai sensi del Capo I bis della legge provinciale 19 luglio 1990 n. 23 (*Disciplina dell'attività contrattuale e dell'Amministrazione dei beni della Provincia autonoma di Trento*).

Per l'affidamento dell'incarico sono richiesti i seguenti requisiti:

- a) laurea magistrale in Medicina e Chirurgia – classe delle lauree magistrali LM-41
ovvero
laurea specialistica in Medicina e Chirurgia – classe delle lauree specialistiche 46/S
ovvero
laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento)
- b) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi
- c) specializzazione in Oftalmologia o discipline equipollenti, come da individuazione con decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine previsto dal presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione fatto salvo i seguenti casi:

- l'iscrizione all'albo professionale può essere conseguita oltre il termine di scadenza per la presentazione delle domande, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo prima dell'inizio dell'attività;
- l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio dell'attività.

L'incarico prevede un impegno di 12 ore settimanali da concordare con il responsabile della specialistica e avrà durata di 6 mesi ferma restando la possibilità di farlo cessare anticipatamente se fosse possibile coprire le necessità del poliambulatorio di San Giovanni di Fassa con personale convenzionato o dipendente.

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

Come stabilito dalla legge n. 148 del 14 settembre 2011, il professionista prima dell'inizio dell'attività dovrà provvedere a stipulare apposita assicurazione per la copertura dei danni eventualmente causati a terzi dando comunicazione all'Azienda degli estremi di polizza (tale obbligo assicurativo è entrato in vigore con decorrenza 14.08.2014).

Il professionista, se non già titolare di P.IVA, dovrà provvedere all'apertura della stessa prima dell'inizio dell'attività libero professionale.

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, N. P. IVA, 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;

Alla domanda dovranno essere allegati:

- documento d'identità fronte e retro;
- **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 19 febbraio 2020.**

La domanda, unitamente al curriculum vitae redatto secondo le modalità riportate nella sezione del presente avviso denominata "Contenuto della domanda" e alle altre dichiarazioni obbligatorie, è redatta in carta semplice, utilizzando il modello scaricabile dal sito aziendale www.apss.tn.it sezione "concorsi".

La domanda deve essere datata e firmata e presentata **obbligatoriamente** secondo la seguente modalità:

- **tramite Posta Elettronica Certificata (PEC)** esclusivamente all'indirizzo **apss@pec.apss.tn.it** avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta in formato PDF, di non zippare i file, di non superare i 20 MB (se necessario si invita ad effettuare più trasmissioni). Ai fini dell'ammissione farà fede la data dell'invio della PEC.

Non sono valide le domande che pervengono in formato cartaceo.

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:

- *Direttore del Servizio Ospedaliero Provinciale, con funzioni di presidente – o suo delegato;*
- *Direttore dell'Unità operativa multizonale di Oculistica, con funzioni di componente esperto – o suo delegato;*

In base al numero delle domande pervenute, alla valutazione comparativa 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” con un preavviso di 2 giorni.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Il trattamento dei dati personali è improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento Ue 2016/679. Ai sensi degli artt. 13 e 14, Regolamento Ue 2016/679, nella presente informativa sono riportate le indicazioni dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) relative al trattamento dei dati personali nell'ambito delle procedure selettive per le finalità di seguito indicate.
2. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'APSS ed in particolare per finalità connesse alla gestione di procedure selettive, così come disciplinate dalla normativa nazionale, provinciale e dalla contrattazione collettiva.
3. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
4. I dati personali potranno essere comunicati alle Amministrazioni pubbliche direttamente interessate allo svolgimento della procedura o alla posizione giuridico – economica del candidato, ivi comprese le Amministrazioni a cui verrà concesso l'utilizzo della graduatoria, ai sensi dell'art. 3, co. 61, L. 24.12.2003, n. 350.
5. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, i dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, secondo le modalità previste dal D.P.R. 445/2000. Con riferimento al possesso di titoli di preferenza, alla richiesta di ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento

delle prove di esame, l'APSS può raccogliere, esclusivamente per le finalità sopra indicate, dati relativi ad eventuali inabilità.

6. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopra citate, da personale dipendente (in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali, appositamente nominati, da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti), nonché dalla Commissione esaminatrice. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento Ue 2016/679.
7. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
8. I dati personali saranno conservati per il tempo previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttive-aziendali
9. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
10. L'interessato può richiedere l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.
11. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) con sede legale in via Degasperi n. 79 – 38123 – Trento, a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere i sopra citati diritti tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (URP) sito a Palazzo Stella in via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 – urp@apss.tn.it.
12. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio Acquisizione e sviluppo.
13. I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali (RDP) dell'APSS, a cui l'interessato può rivolgersi per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali, sono i seguenti: via Degasperi, n. 79 – 38123 Trento – ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it

Trento, 4 febbraio 2020

IL DIRETTORE GENERALE
(DOTT. PAOLO BORDON)

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															

C H I E D E

**DI PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA
 PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO
 LIBERO PROFESSIONALE
 A MEDICO SPECIALIZZATO IN OFTALMOLOGIA
 PER LE NECESSITA' DEL POLIAMBULATORIO DI S. GIOVANNI DI FASSA
 (SAN JAN DI FASSA)**

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	
(dichiarazione obbligatoria)	
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>perpetua</i> dei pubblici uffici	
☐ SI ☐ NO (barrare la casella interessata)	
se SI, indicare quali:	
.....;	
(dichiarazione obbligatoria)	

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 all'**albo dell'ordine dei medici** della Provincia/città
di.....dalN° di iscrizione

avere prestato **ATTIVITÀ PROFESSIONALE** con **rapporto di lavoro subordinato** in qualità di:

Profilo Professionale
disciplina:.....
dal.....al.....

con rapporto a tempo: determinato indeterminato
tipologia: definito
pieno
parziale al _____% per ore _____settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, privati accreditati).....

di (località).....via.....

(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione duplicando il riquadro ad ogni variazione)

aver svolto le seguenti ATTIVITÀ PROFESSIONALI (con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato) qualificanti e specifiche rispetto al posto da coprire:

Profilo Professionale.....
disciplina:.....
dal.....al.....
tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio)
.....
con orario assimilabile al tempo:
pieno
parziale al _____% per ore _____settimanali
(in alternativa) ore totali
presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
di (località).....via.....

(duplicare il riquadro per ogni periodo)

☐ 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 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 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 di selezione:

.....

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 (se spedita).

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 _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO
