

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO  
DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI  
PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI DI  
PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO PRESSO IL PRONTO  
SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI TIONE**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 327/2024 di data 9 maggio 2024 è indetto avviso di selezione pubblica per il conferimento di incarichi libero professionali per lo svolgimento di prestazioni di supporto all'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Tione, durante il periodo estivo per far fronte al notevole incremento di eventi e lesioni traumatiche.

Con la presente selezione si ricercano professionisti da adibire principalmente ad attività di pronto soccorso ed, eventualmente, ad attività ambulatoriale e di reparto. Sarà invece esclusa attività in sala operatoria.

Verranno conferiti tanti incarichi libero professionali tali da coprire un monte orario di **610 ore** per il periodo **dal 01 luglio al 30 agosto 2024** (61 giorni per 10 ore /die dalle ore 10.00 alle 20.00); in caso di esigenze imprevedibili, in corso di incarico, il monte ore determinato e/o la durata giornaliera del servizio potrà essere motivatamente variato in aumento o riduzione.

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 Ortopedia e traumatologia o discipline equipollenti, come da individuazione con decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni
- d) essere in possesso di comprovata esperienza in ambito nella gestione del pronto soccorso traumatologico

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine previsto dal presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione fatti salvi 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.

**Gli incarichi saranno conferiti ai professionisti che presentano i migliori curricula, assegnando un numero di turni compatibile con quelli per i quali il professionista darà disponibilità all'atto della presentazione della domanda, fatto salvo il rispetto dei limiti derivanti dalla normativa in materia di recupero psico-fisico.**

Il conferimento dell'incarico **non instaura rapporti di lavoro subordinato**, ma consiste in una prestazione di lavoro autonomo relativa allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico.

**All'atto del conferimento dell'incarico il professionista, inoltre, 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:
  - a) 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;
  - b) 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;
  - c) svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall'APSS.

Rispetto al compenso da corrispondere al professionista, facendo riferimento alla deliberazione del Direttore Generale n. 577 di data 28 novembre 2018 avente ad oggetto parametri e criteri per la definizione del compenso orario, tenuto conto dell'alta complessità dell'attività oggetto degli incarichi da conferire e del contesto periferico sede dell'attività, è stabilita l'erogazione di:

- **compenso orario lordo onnicomprensivo pari a € 96,00.**

Per l'attività professionale di cui al presente avviso, svolta in nome e per conto dell'Azienda, è fatto obbligo al professionista di stipulare polizza assicurativa per la responsabilità civile a copertura dei danni cagionati a terzi. La polizza dovrà essere mantenuta operante per tutta la durata dell'incarico libero-professionale e deve possedere i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.

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;
- c) l'indicazione delle ore settimanali che il candidato è disponibile a svolgere.

#### **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 29 maggio 2024 alle ore 12.00.**

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](http://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.**

#### **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:

- *Direttore del Servizio Ospedaliero Provinciale, con funzioni di presidente – o suo delegato;*
- *Direttore f.f. dell'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Tione, con funzioni di componente esperto – o suo delegato;*

I criteri di valutazione saranno i seguenti:

- *comprovata esperienza nella gestione del pronto soccorso traumatologico compresa la piccola chirurgia (applicazione di trazioni tran-scheletriche, tenoraffia, regolarizzazione di dita...);*
- *esperienza nella riduzione di lussazioni e di fratture in attesa di intervento;*
- *esecuzione di artrocentesi;*
- *conoscenza delle tecniche di immobilizzazione rigida e di bendaggio funzionale.*

In base al numero delle domande pervenute, alla valutazione comparativa dei curricula potrà seguire un eventuale colloquio, anche in modalità di videochiamata, volto alla verifica e all'approfondimento delle competenze ed esperienze dei candidati.

L'informazione dell'eventuale colloquio e delle relative modalità verrà data ai candidati tramite e-mail all'indirizzo indicato dagli stessi nella domanda di partecipazione alla selezione.

Riguardo ai **candidati in quiescenza** si precisa che i redditi derivanti da qualsiasi attività lavorativa svolta, anche all'estero, successivamente alla decorrenza della pensione e fino alla data di perfezionamento della pensione di vecchiaia prevista nella gestione a carico della quale è stata liquidata la "pensione quota 100" oppure "pensione quota 102" oppure "pensione quota 103", comportano la sospensione dell'erogazione del trattamento pensionistico nell'anno di produzione dei predetti redditi. Nel caso di redditi prodotti nei mesi dell'anno precedenti il perfezionamento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia, l'erogazione del trattamento pensionistico è sospesa nel predetto periodo.

I professionisti che, in seguito alla valutazione del curriculum e dell'eventuale 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, nell'arco temporale di un anno.

#### 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 dell'art. 13, 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 riserva, 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 ex art. 9, Regolamento Ue 2016/679. L'APSS può inoltre raccogliere, esclusivamente per le finalità sopra indicate, dati relativi a condanne penali e reati ex art. 10, Regolamento Ue 2016/679.

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](http://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](mailto: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](mailto:ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it)

La partecipazione alla selezione implica il consenso del candidato alla pubblicazione sul sito internet aziendale dei dati professionali contenuti nella domanda di partecipazione e nella documentazione allegata.

Per informazioni rivolgersi all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Servizio Acquisizione e Sviluppo – tel. 0461/904085-4089 – [concorsi@apss.tn.it](mailto:concorsi@apss.tn.it)

Trento, 14 maggio 2024

IL DIRETTORE GENERALE  
(DOTT. ANTONIO FERRO)

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. ....<br>C.A.P. .... città.....prov.....                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| domicilio (se diverso dalla residenza):<br>via ..... n. ....<br>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 INCARICHI  
LIBERO PROFESSIONALI  
PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI DI  
PRONTO SOCCORSO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO PRESSO IL PRONTO  
SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI TIONE (SLP 09/2024)**

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)**

☐ SI    ☐ NO  
(barrare la casella interessata)

.....;  
(dichiarazione obbligatoria)

☐ SI    ☐ NO  
(barrare la casella interessata)

☐ SI    ☐ NO  
(barrare la casella interessata)

***(dichiarazione obbligatoria)***

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

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tipologia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> definito<br><input type="checkbox"/> pieno<br><input type="checkbox"/> parziale al _____% per ore _____ settimanali |
| presso: (Azienda Sanitaria, privati accreditati).....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                              |
| di (località).....via.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                              |
| <i>(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)</i>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                              |
| aver svolto le seguenti <b>ATTIVITÀ PROFESSIONALI (con rapporto di lavoro <u>diverso da quello subordinato</u>)</b> qualificanti e specifiche rispetto al posto da coprire:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |
| Profilo Professionale.....<br>disciplina:.....<br>dal.....al.....<br>tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio)<br>.....<br>con orario assimilabile al tempo:<br><div style="margin-left: 150px;"> <input type="checkbox"/> pieno<br/> <input type="checkbox"/> parziale al _____% per ore _____ settimanali         </div> (in alternativa) ore totali ..... |                                                                                                                                              |
| presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....<br>di (località).....via.....<br><i>(duplicare il riquadro per ogni periodo)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                              |
| 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)                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>(barrare la casella interessata)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |
| avere i seguenti rapporti di lavoro in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:<br><input type="checkbox"/> nessuno<br><input type="checkbox"/> (se sì, specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura):<br>.....<br>.....                                                                                                                      |                                                                                                                                              |
| avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;<br><input type="checkbox"/> nessuno<br><input type="checkbox"/> (se sì specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura):<br>.....<br>.....                                                                                                           |                                                                                                                                              |
| 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.....

svolgere altre attività professionali:

- ☐ nessuno  
☐ se si specificare quali.....

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. Allo scopo dichiara:

- di 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;

☐ SI    ☐ NO

se SI, indicare quale:

.....

- di 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;

☐ SI    ☐ NO

se SI, indicare quale:

.....

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:

.....

Se SI, dichiaro di aver preso visione dell'avviso di selezione nella parte in cui si specifica che:  
***“Riguardo ai **candidati in quiescenza** si precisa che i redditi derivanti da qualsiasi attività lavorativa svolta, anche all'estero, successivamente alla decorrenza della pensione e fino alla data di perfezionamento della pensione di vecchiaia prevista nella gestione a carico della quale è stata liquidata la “pensione quota 100” oppure “pensione quota 102” oppure “pensione quota 103”,***

*comportano la sospensione dell'erogazione del trattamento pensionistico nell'anno di produzione dei predetti redditi. Nel caso di redditi prodotti nei mesi dell'anno precedenti il perfezionamento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia, l'erogazione del trattamento pensionistico è sospesa nel predetto periodo".*

☐ SI    ☐ NO  
(barrare la casella interessata)

essere disponibile allo svolgimento di n. .... ore settimanali per un totale di ..... ore

Rispetto ai criteri di valutazione descrivere in sintesi:

- *propria comprovata esperienza nella gestione del pronto soccorso traumatologico compresa la piccola chirurgia (applicazione di trazioni tran-scheletriche, tenoraffia, regolarizzazione di dita...)*

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

- *propria esperienza nella riduzione di lussazioni e di fratture in attesa di intervento;*

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

- *propria esperienza nell'esecuzione di artrocentesi;*

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

– *propria conoscenza delle tecniche di immobilizzazione rigida e di bendaggio funzionale.*

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

indicare gli indirizzi di posta elettronica presso il quale verrà effettuata ogni comunicazione relativa alla presente procedura come previsto dall'avviso di selezione:

e-mail NON PEC .....

PEC .....

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 \_\_\_\_\_