

**AVVISO PUBBLICO
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI
A MEDICI, ODONTOIATRI E SANITARI**

In esecuzione della deliberazione del Direttore generale f.f. n. 661/2021 del 25 novembre 2021, è pubblicato avviso pubblico per il conferimento di incarichi libero professionali per il supporto alla campagna vaccinale contro il SARS-COV-2 e all'attività di contact tracing.

L'avviso è aperto a:

- **Medici - chirurgi**
- **Odontoiatri**
- **Farmacisti**
- **Biologi**
- **Professioni infermieristiche e ostetriche**
- **Tecnici sanitari di radiologia medica**
- **Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione**

Per il conferimento dell'incarico è richiesto il possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso alla relativa professione, nonché l'iscrizione all'albo.

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

- ☐ non trovarsi in situazione di inconfiribilità 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;
** Ai sensi del comma 464-bis dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio dello Stato 2021), "al personale del Servizio sanitario nazionale appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, che aderisce all'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario di servizio, non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività vaccinale stessa. All'attuazione del presente comma si provvede nei limiti di spesa di cui all'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".*
- ☐ 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

- **Attività:** supporto all'attività vaccinale contro il SARS-COV-2, con particolare riferimento ad attività di anamnesi, diluizione/preparazione e inoculazione; supporto all'attività di contact tracing.
- **Durata:** connessa alla durata della campagna vaccinale contro il SARS-COV-2.
- **Corrispettivo orario:** € 30,80
- **Sede attività:**
per attività vaccinale: PERGINE, BORGO, TONADICO, CAVALESE, SAN JEAN, CLES, MALE', MEZZOLOMBARDO, ARCO, TIONE, TRENTO, ROVERETO
per contact tracing: Centrale Covid - Trento.
- **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.

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.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità e per la durata dell'emergenza.

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, periodicamente, in base alle necessità organizzative, attraverso la valutazione dei curricula da parte di professionisti aziendali esperti, tenendo conto dell'esperienza professionale dei candidati nella materia oggetto dell'incarico.

Nell'individuazione dei professionisti da incaricare sarà tenuto conto della disponibilità oraria e giornaliera indicata, secondo le necessità organizzative contingenti; verrà data priorità nelle chiamate ai professionisti che si rendono disponibili a garantire una certa continuità giornaliera e settimanale nella disponibilità al turno.

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, solo dopo verifica di compatibilità con i limiti temporali degli incarichi previsti dalle vigenti norme di legge provinciale.

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

Trento, 30 novembre 2021

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 LIBERO PROFESSIONALE**

per il supporto alla campagna vaccinale contro il SARS-COV-2 e all’attività di contact tracing

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 (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 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. lavoro subordinato o libero professionale e la struttura):

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

di avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;

☐ nessuno

☐ (se si 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 abilitato alla somministrazione di vaccino contro il SARS-COV-2 ☐ SI ☐ NO

essere disponibile allo svolgimento di **n. ore settimanali**

indicare la preferenza per le seguenti sedi di attività (scegliere almeno tre sedi):

☐ PERGINE

☐ BORGO

☐ TONADICO

☐ CAVALESE

☐ SAN JEAN

☐ CLES

☐ MALE'

☐ MEZZOLOMBARDO

☐ ARCO

☐ TIONE

☐ TRENTO

☐ ROVERETO

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:
<i>(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)</i>
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 _____