

Avviso pubblico per il conferimento di un incarico libero professionale presso REMS di Pergine Valsugana.

in esecuzione della Deliberazione n 609 di data 08/11/2021 del Direttore Generale f.f., è indetta una procedura di selezione per un incarico libero-professionale annuale di 15 ore settimanali, da assumersi, con obbligazione solidale, da due professionisti, per le attività di coordinamento ed assistenza medica in favore degli ospiti della struttura RSA/REMS di Pergine Valsugana – Ambito Territoriale Est.

REQUISITI RICHIESTI

I sanitari partecipanti all'assegnazione di tale incarico devono possedere i seguenti requisiti:

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- iscrizione all'albo dei Medici – Chirurghi

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

E' inoltre necessario, ai fini del conferimento dell'incarico, che il professionista, prima dell'inizio dell'attività, provveda:

- 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).
- all'apertura di P. IVA, se non già titolare.

Sono esclusi dall'assegnazione dell'incarico i soggetti che:

- si trovino in condizione di incompatibilità e/o inconferibilità, come da modello di domanda allegato, a meno di rimozione dell'incompatibilità e/o inconferibilità entro la data di inizio attività;
- abbiano compiuto il 70° anno di età o che per l'avvicinarsi di tale termine non possono garantire l'operatività per l'intero periodo dell'incarico.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte dei candidati l'accettazione senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché delle vigenti disposizioni che disciplinano il rapporto di lavoro libero professionale.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione alla procedura selettiva, redatte secondo il modello allegato al presente avviso (ALLEGATO A), dovranno pervenire tassativamente, pena l'esclusione, **entro e non oltre le ore 10:00 del 25/11/2021.**

Non verranno accettate:

- le domande incomplete, prive di firma autografa o elettronica ai sensi della normativa vigente
- eventuali certificazioni o copie di certificazioni allegate alla domanda rilasciate dagli organi della pubblica amministrazione ai sensi dell'art.15 della L.183/2011.

La domanda di partecipazione alla selezione può essere trasmessa tramite:

- PEC (posta elettronica certificata) al seguente indirizzo apss@pec.apss.tn.it, avendo cura di allegare il modulo ed il documento d'identità in formato PDF, PDF/A, TIFF o JPEG e di non zippare i file. L'originale dovrà essere conservato dal medico, da produrre in caso di controllo;

- Consegnata a mano presso l'Ufficio Protocollo sito in Via Degasperi 79 – Trento nell'orario dalle 9:00 alle 12:00 e dalle 14:00 alle 15:30 dal lunedì al venerdì;

CRITERI PER ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO.

I sanitari partecipanti all'assegnazione di tale incarico saranno individuati sulla base di una graduatoria, redatta attribuendo i seguenti punteggi:

- incarico di assistenza medica generale in RSA/REMS: per ciascun mese complessivo **p. 0,20**;
- attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ex ACN dd. 29/07/2009 e s.m.i.: per ciascun mese complessivo: **p. 0,20**;
- diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: **p. 1,00**;
- diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: **p. 0,50**;
- diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: **p. 0,30**;
- attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99, e di cui al D.L.vo n. 277/2003: p. 7,20.

Nella scelta dei professionisti cui conferire gli incarichi verrà data priorità ai candidati che non siano già titolari di trattamento di quiescenza.

A parità di punteggio verrà data precedenza;

- ai sanitari che hanno già operato, in qualità di medici incaricati per l'assistenza medica generale nella struttura RSA/REMS di Pergine Valsugana, negli ultimi 5 anni alla data di scadenza di presentazione della domanda di assegnazione d'incarico;
- ai sanitari residenti nella Provincia Autonoma di Trento;
- alla minore età.

EMOLUMENTI DA CORRISPONDERE

Per quanto riguarda gli emolumenti da corrispondere, il compenso orario omnicomprensivo riconosciuto ad ogni professionista incaricato è pari ad € 46,21.

La liquidazione degli emolumenti dovuti avverrà esclusivamente a seguito di trasmissione in formato elettronico della fattura da parte del sanitario, così come previsto dalla Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e s.m.i. e dal Decreto Ministeriale n. 55 del 03/04/2013, numero 55.

ASSEGNAZIONE DEFINITIVA DELL'INCARICO

Le comunicazioni aziendali in ordine al procedimento di assegnazione dell'incarico avverranno esclusivamente tramite posta elettronica certificata (ex L. 2/2009), per cui nella domanda va indicato il relativo indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) di recapito che il medico intende utilizzare.

Nella nota verrà indicato il termine ultimo per l'accettazione definitiva, da trasmettere all'Ufficio Personale Convenzionato per gli adempimenti di competenza.

Prima di assumere servizio è necessario che il sanitario abbia risolto eventuali incompatibilità.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, n.79, per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati presso una banca di dati automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione.

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione dell'incarico.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

Protocollo Aziendale

Ufficio Personale Convenzionato
c/o Open Center Viale Verona n. 190/5
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Indicare nell'oggetto:

DOMANDA PER RSA/REMS

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, Prov. _____, il _____

residente nel Comune di _____, Prov. _____, CAP _____

tel. _____, indirizzo mail _____

indirizzo pec _____,

CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO R.S.A./R.E.M.S DI PERGINE VALSUGANA DI DURATA ANNUALE CON IMPEGNO DI 15 ORE SETTIMANALI DA ASSICURARSI IN SOLIDO CON ALTRO PROFESSIONISTA

e, ai fini della redazione della graduatoria di assegnazione, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 D.P.R. 445/2000 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 mendace,

D I C H I A R A

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

- 1) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____;
- 2) di essersi laureato in medicina e chirurgia in data ____/____/____ con voto ____/____ presso l'Università di _____;
- 3) di essere in possesso dell'attestato di formazione di Medicina Generale conseguito in data ____/____/____ presso: _____;
- 4) ☐ essere ☐ non essere
titolare di trattamento di quiescenza (specificare quale): _____;

5) ☐ essere ☐ non essere

attualmente titolare d'incarico per la medesima attività, in fase di scadenza, con questa Azienda.

Indicare la sede dell'incarico attualmente svolto e la scadenza:

Ambito Territoriale e data di scadenza incarico

6) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza medica generale presso la RSA/REMS:

-

--

Indirizzo: Comune di

--

Prov. (

--

), in via

--

 nr.

--

 CAP

--

--

. Attività svolta dal

--

 al

--

 ;

-

--

Indirizzo: Comune di

--

Prov. (

--

), in via

--

 nr.

--

 CAP

--

--

. Attività svolta dal

--

 al

--

 ;

7) di aver svolto precedenti incarichi nell'assistenza primaria presso:

a)

--

Indirizzo: Comune di

--

Prov. (

--

), in via

--

 nr.

--

 CAP

--

--

. Attività svolta dal

--

 al

--

 ;

b)

--

Indirizzo: Comune di

--

Prov. (

--

), in via

--

 nr.

--

 CAP

--

--

. Attività svolta dal

--

 al

--

 ;

c)

--

Indirizzo: Comune di

--

Prov. (

--

), in via

--

 nr.

--

 CAP

--

--

. Attività svolta dal

--

 al

--

 ;

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero si impegna a segnalare sollecitamente ogni eventuale variazione che intervenga rispetto a quanto nella presente dichiarato.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

In caso di trasmissione via PEC della domanda, il sottoscritto

DICHIARA

di essere in possesso dell'originale della domanda e degli eventuali allegati e di impegnarsi a produrli, su richiesta, in caso di controlli da parte dell'Amministrazione.

In fede

Data _____

Firma _____

.

(**) Io sottoscritto _____ nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____, della cui identità mi sono personalmente accertato mediante: ☐ Patente; ☐ Carta d'Identità; ☐ Passaporto	
Documento n. _____	
rilasciato _____	da: _____
Trento, lì _____	
IL FUNZIONARIO INCARICATO	

(**): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.	

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. 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.