

**PUBBLICATO SUL SITO
DELL'AZIENDA USL FERRARA IL 21/12/2021
SCADENZA 31/03/2022**

Dete. n° 1999 del -21/12/2021

Ferrara, 21/12/2021

AVVISO PUBBLICO

per la raccolta di disponibilità di Medici per l'instaurazione rapporti di lavoro autonomo per Medici specializzati in Malattie Infettive

A seguito della situazione a carattere di eccezionalità e straordinarietà dovuta allo stato di emergenza epidemiologica per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili – COVID 19;

Considerata la necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria anche in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID 19 e verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere alle graduatorie in vigore, al fine di far fronte alle prestazioni improcrastinabili ed indifferibili;

Richiamati:

- il D.L. n. 18/2020, comma 1 e 5 convertito con L.27/2020, art. 2 bis,
- il Consiglio dei Ministri in data 14/12/2021 ha varato il Decreto che proroga al 31/03/2022 lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

L'Azienda USL di Ferrara, in attuazione della determinazione del Direttore del Servizio Comune Gestione del Personale **n. 1999 del 21/12/2021**, esecutiva ai sensi di legge, intende procedere alla raccolta di disponibilità di Medici per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, ai sensi degli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile;

Il presente avviso è volto alla raccolta di disponibilità di Medici per prestazioni in regime di lavoro autonomo, da utilizzarsi in via eccezionale, straordinaria e temporanea, in ragione dello stato di emergenza per diffusione COVID 19;

Gli incarichi di lavoro autonomo saranno stipulati per le seguenti attività e condizioni:

ATTIVITA': prevenzione, diagnosi e cura delle patologie da COVID-19 del Dipartimento Cure Primarie;

DURATA: sino al **31/03/2022** eventualmente prorogabile in caso di necessità legata al perdurare dello stato di emergenza;

IMPEGNO ORARIO: **155 ore mensili**;

SEDI: Dipartimento Cure Primarie – Ospedale del DELTA-Lagosanto

Requisiti Specifici di Ammissione:

I professionisti, per poter partecipare al presente avviso, devono possedere, alla data di presentazione della domanda, i seguenti requisiti specifici di ammissione:

- 1) Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) Specializzazione in **Malattie Infettive** o equipollenti;
- 3) Iscrizione all'Albo dell'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi;
- 4) Cittadinanza Italiana o equivalente (i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea dovranno dichiarare nella domanda il possesso del "PERMESSO DI SOGGIORNO" e dei "REQUISITI SPECIFICI" richiesti dal bando se conseguiti in Italia, con eventuale decreto di equiparazione, rilasciato dal Ministero della Salute, se conseguiti fuori Italia.
- 5) Possesso abilitazione alla guida;

I titoli di Studio, qualora conseguiti all'estero, devono essere riconosciuti equiparati all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, secondo la normativa vigenti;

I requisiti dovranno essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

Gli incarichi potranno essere conferiti se i professionisti risultino in possesso di Certificazione Verde Covid-19 (Green Pass) in corso di validità.

Non possono accedere alla selezione coloro che abbiano riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o essere stati dispensati o licenziati da Enti della Pubblica Amministrazione, siano stati esclusi dall'elettorato attivo o sottoposti a misure di sicurezza.

L'Azienda si riserva comunque la facoltà di valutare se eventuali condanne riportate siano ostative al conferimento del presente incarico.

L'incarico di natura libero professionale non configurerà rapporto di lavoro subordinato e non comporterà obbligo di esclusività.

Modalità di presentazione delle domande e termini di scadenza

I professionisti interessati potranno comunicare la propria disponibilità attraverso l'apposito **modulo debitamente compilato e firmato, unitamente a curriculum formativo e professionale firmato** e copia del **documento di riconoscimento** in corso di validità, utilizzando una delle modalità di seguito riportate:

- **invio tramite Servizio Postale con Raccomandata A.R.**, all'Ufficio Protocollo Generale – Via Cassoli, 30 – 44121 - FERRARA

- **invio tramite utilizzo di una casella di posta elettronica certificata** al seguente indirizzo di posta elettronica certificata risorseumanegiuridico@pec.ausl.fe.it. Si precisa che la validità di tale invio, come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del professionista di casella elettronica certificata PERSONALE.

La domanda debitamente sottoscritta, il curriculum, eventuali allegati e copia del documento di identità devono essere inviati in un unico file in formato PDF di dimensioni non superiori a 10MB.

Valutazione e affidamento degli incarichi

Le domande pervenute andranno a costituire una **banca dati** ed in relazione alle esigenze temporanee, l'Azienda USL di Ferrara contatterà **i professionisti le cui domande siano presenti in banca dati per un colloquio** finalizzato alla conferma della disponibilità ed alla valutazione dell'idoneità allo svolgimento dell'attività professionale richiesta, verificando le conoscenze/competenze professionali necessarie per lo svolgimento delle attività specifiche del presente bando.

Qualora le disponibilità risultino superiori agli incarichi da conferire si provvederà a individuare i professionisti maggiormente idonei ai fini della costituzione del rapporto di lavoro autonomo, mediante valutazione comparativa dei *curricula* e colloquio che verranno effettuati da un Referente del Dipartimento Cure Primarie o dal Direttore U.O. Assistenza Anziani Disabili Adulti.

Ai fini dell'attivazione del rapporto di lavoro i professionisti dovranno essere in possesso di Partita IVA.

Validità della banca dati

La banca dati dei professionisti per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo potrà essere utilizzata sino al perdurare dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

L'Azienda Usl di Ferrara si riserva la facoltà di revocare, sospendere o annullare la presente procedura ovvero di non dar corso alla costituzione dei rapporti di lavoro autonomo, ove se ne ravvisi la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o a seguito di sopravvenuti vincoli legislativi e/o finanziari.

Pubblicità

Il presente avviso è pubblicato sul BUR Emilia Romagna per un periodo di 15 giorni e sul sito Internet aziendale: www.ausl.fe.it nella sezione "Bandi e Concorsi" – link <http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/dipartimento-gestione-risorse-umane/> concorsi-e-avvisi-"

Trattamento dati personali

Ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ad oggetto "Regolamento generale sulla protezione dei dati", questa Azienda U.S.L., quale titolare del trattamento dei dati inerenti il presente avviso, informa che il trattamento dei dati contenuti nelle domande presentate e finalizzato all'espletamento della procedura in oggetto, può avvenire con modalità sia manuale che elettronica.

La presentazione delle domande 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 utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura della pubblica selezione. Gli stessi potranno essere messi a disposizione di coloro che, dimostrando un concreto interesse nei confronti della suddetta procedura, ne facciano richiesta ai sensi dell'art. 22 della Legge 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il trattamento avviene in via generale in base alle seguenti fonti normative: D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ad oggetto "Regolamento generale sulla protezione dei dati".

Richiesta di chiarimenti

Per le informazioni necessarie e per acquisire copia dell'avviso pubblico rivolgersi al Servizio Comune Gestione del Personale – Ufficio Giuridico di questa Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara - Via Cassoli, 30 - ☎ **0532235718** –INTERNET: **www.ausl.fe.it**.

**IL DIRETTORE
SERVIZIO COMUNE
GESTIONE DEL PERSONALE
Dott. Luigi MARTELLI**

SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI FERRARA
VIA CASSOLI, 30 – 44121 - FERRARA

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ Prov. _____ Nazione _____
residente/a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
C.F. _____ Via _____
_____ n. _____ Tel. _____

Con riferimento all'avviso Pubblico bandito dall'Azienda USL di Ferrara in data **21/12/2021** con determina n. **1999 del 21/12/2021**, in relazione alla situazione di emergenza sanitaria epidemiologica da COVID-19

DICHIARA

Il proprio interesse e disponibilità al conferimento di un incarico libero professionale per garantire ***l'attività di prevenzione, diagnosi e cura della patologia COVID-19.***

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti richiamati dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.:

DICHIARA ALTRESI':

di essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti dall'avviso:

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso _____
- Specializzazione in **Malattie Infettive** conseguito il _____
presso _____
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di _____
- Di possedere la cittadinanza italiana ovvero per i cittadini non appartenenti all'Unione europea permesso di soggiorno in corso di validità _____

di non aver mai riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali **da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale:**

- Di non aver riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o essere stati dispensati o licenziati da Enti della Pubblica Amministrazione, siano stati esclusi dall'elettorato attivo o sottoposti a misure di sicurezza.
- Di essere/ non essere in possesso di Certificazione Verde Covid-19 _____

e contestualmente, accetta tutte le condizioni contenute nell'avviso.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura:

COMUNE _____ CAP _____

VIA _____ NR. CIVICO _____

P.E.C. _____@_____ E-MAIL _____@_____

RECAPITI _____ TELEFONICI _____

Allegati:

- **Curriculum vitae**
- **Copia documento di identità**

Luogo e data _____

Firma _____

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (prov. _____) il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

domiciliato _____ n. _____
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

Telefono _____ e-mail _____

C.F. _____ P.IVA _____
-

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione

DICHIARA
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

che i dati indicati nel presente curriculum formativo e professionale di seguito corrispondono a verità.

TITOLI DI STUDIO

DIPLOMA / LAUREA	Sede: _____ Anno: _____ Voto: _____
SPECIALIZZAZIONI	Indicare Specializzazioni conseguite, con sede, anno e votazione
DOTTORATO	Indicare Dottorato, con sede ed anno
ISCRIZIONE ALL'ALBO / ORDINE DEI _____	Provincia e n. iscrizione

Esperienze Lavorative

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

- Data (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

• *Data (da – a)*
.....

Formazione e corsi post laurea

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

- Data (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Riconoscimento conseguito

• *Data (da – a)*
.....

Attività scientifica

- Principali materie / aree tematiche di cui si è occupato
 - Ruolo svolto
- Periodi di riferimento
 - Allegare elenco pubblicazioni

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

[Indicare la madrelingua]

ALTRE LINGUE

[Indicare la lingua]

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI**

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE**

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE**

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

**ALTRE CAPACITÀ E
COMPETENZE**

Competenze non precedentemente indicate.

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

INDICARE GLI ALLEGATI INVIATI, LE PUBBLICAZIONI DEBONO ESSERE INDICATE IN UN ELENCO RIEPILOGATIVO: NON INCLUDERE FASCICOLI O VOLUMI

Luogo e data _____	Il/La Dichiarante _____
------------------------------	-----------------------------------

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.: 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

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda USL di Ferrara nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda USL di Ferrara in Via Cassoli n.30. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

IL FUNZIONARIO RICEVENTE	DATA
_____	_____