

AVVISO PUBBLICO PER TITOLI PER LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI UN ELENCO DI MEDICI SPECIALIZZATI IN GERIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROLOGIA, ONCOLOGIA, PSICHIATRIA E DISCIPLINE AFFINI E/O EQUIPOLLENTI, PER L'INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI ESTERNI NELLE COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE, NONCHE' IN MATERIA DI HANDICAP E DI INSERIMENTO LAVORATIVO DEI DISABILI, AMBITO TERRITORIALE ASST NORD MILANO

SENZA SCADENZA, AD AGGIORNAMENTO TRIMESTRALE

In riferimento alla deliberazione 8 marzo 2018, n. 159, n., si invitano gli interessati ad esser inseriti nell'elenco dei professionisti medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria e discipline affini e/o equipollenti, per l'individuazione dei componenti esterni nelle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, nonché in materia di handicap e di inserimento lavorativo dei disabili, ambito territoriale ASST Nord Milano, ad inviare apposita domanda in carta semplice, allegando il curriculum professionale ed ogni altra documentazione ritenuta utile, per il conferimento di:

- ✓ **incarichi di collaborazione libero professionale di medico specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria e discipline affini e/o equipollenti** ai sensi dell'art. 7, COMMA 6, del D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni, per l'individuazione dei componenti esterni nelle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, nonché in materia di handicap e di inserimento lavorativo dei disabili, ambito territoriale ASST Nord Milano.

Gli aspiranti dovranno essere in possesso dei requisiti generali previsti dalla vigente normativa e dei seguenti requisiti specifici:

- **Laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **Diploma di specializzazione in:**
 - **Geriatrics o discipline affini e/o equipollenti;**
 - **Medicina interna o discipline affini e/o equipollenti;**
 - **Neurologia o discipline affini e/o equipollenti;**
 - **Oncologia o discipline affini e/o equipollenti;**
 - **Psichiatria o discipline affini e/o equipollenti;**
- **Iscrizione all'albo dell'ordine dei medici**, autocertificata in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del presente avviso;

Si precisa inoltre che:

- I professionisti idonei verranno designati applicando il principio della rotazione;
- il compenso è così definito:

COMPONENTE	77,47 Euro quale gettone di presenza per la partecipazione alla seduta	15 per invalidità ed handicap più 5 ratifiche oppure 8 per cecità e sordità più 2 ratifiche oppure 6 per disabilità più 2 ratifiche
	105,00 Euro quale gettone di presenza per la partecipazione alla seduta	20 per invalidità ed handicap più 5 ratifiche oppure 10 per cecità e sordità più 2 ratifiche oppure 8 per disabilità più 2 ratifiche

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, delle prescrizioni del presente bando e di tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico degli incaricati dell'Azienda.

Si precisa che la remunerazione dei compensi dei professionisti avverrà con cadenza trimestrale per le attività svolte a seguito di presentazione di regolare fattura elettronica emessa dai candidati ai quali verranno affidati i relativi incarichi.

Si precisa inoltre che i professionisti incaricati dovranno presentare idonea copertura assicurativa professionale/infortuni.

Si rammenta che per il suddetto incarico è prevista la facoltà di recesso anticipato, per entrambe le parti, con obbligo di preavviso pari a 30 gg..

Si rammenta, altresì, che l'incarico non prevede vincoli di subordinazione e non ha carattere di continuità, ma è coerente con le esigenze di funzionalità e con le competenze attribuite a questa Amministrazione, nell'ambito del periodo di durata del rapporto concordato, nonché per l'integrazione delle prestazioni richieste con l'organizzazione aziendale, fermo restando il potere di controllo e verifica delle prestazioni rese da parte del Responsabile del Servizio.

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che i candidati possano avanzare diritti o pretese.

SI RICORDA CHE I TITOLI E QUANTO INDICATO NEL CURRICULUM SARANNO VALUTATI SOLO SE IN ORIGINALE O CERTIFICATI AI SENSI DI LEGGE (DPR 28 dicembre 2000 n. 445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della L. 183/2011).

Le domande per il profilo professionale messo a bando, correlate dall'attestazione dei requisiti specifici richiesti, di un curriculum vitae e dell'ulteriore documentazione dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo di questa Azienda – Milano – via Lodovico Castelvetro, n.22.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Sono ammesse le seguenti modalità di presentazione delle domande:

- consegna a mano, le domande dovranno essere consegnate al suddetto Ufficio Protocollo, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,30 alle ore 14,30;
- mediante **Raccomandata a.r.** dovranno essere spedite al seguente indirizzo: "Ufficio Protocollo – ASST Nord Milano. – Via Castelvetro n. 22 – 20154 Milano";
- mediante invio di **posta elettronica certificata (PEC)** alla casella di posta elettronica certificata: protocollo@pec.asst-nordmilano.it.

Le domande dovranno avere il seguente oggetto "**incarichi di collaborazione libero professionale per medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria e discipline affini e/o equipollenti, per le commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, nonché in materia di handicap e di inserimento lavorativo dei disabili, ambito territoriale ASST Nord Milano**".

A tal fine, i candidati dovranno allegare il fac-simile di domanda compilato, unitamente al curriculum e fronte/retro di un valido documento di identità .

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda non verranno prese in considerazione.

UTILIZZO DELL'ELENCO

Il personale interessato deve presentare domanda con le modalità specificati nel bando.

L'aggiornamento dell'elenco avverrà con cadenza trimestrale, fatta salva la possibilità per l'Azienda di aggiornare gli elenchi con cadenza anticipata, qualora sia ritenuto necessario.

L'istituzione dell'elenco non impegna in alcun modo l'Azienda ad affidare incarichi di collaborazione esterna a soggetti inseriti in detto elenco.

La formazione dell'elenco non prevede alcuna graduatoria, attribuzione di punteggi o altre classificazioni di merito. Ai fini dell'inserimento in elenco verrà valutato quanto espresso nel curriculum vitae e nella domanda di partecipazione

L'U.O.C. Risorse Umane e Organizzazione esamina tutte le domande presentate con cadenza trimestrale o inferiore, valutando specificamente la coerenza tra i contenuti professionali richiesti dall'incarico e quanto attestato nel curriculum professionale dei candidati e provvede ad inserire i candidati ritenuti idonei a svolgere l'attività in argomento nell'elenco dei professionisti.

Elemento determinante per il conferimento dell'incarico sarà la disponibilità del candidato a partecipare alle commissioni di cui trattasi nei tempi richiesti.

L'articolazione delle commissioni dovrà garantire, ove possibile, la rotazione dei medici inseriti nell'elenco.

CANCELLAZIONE E/O ESCLUSIONE

I soggetti possono essere cancellati (e, pertanto, esclusi) dall'elenco nel caso in cui vengano a mancare i requisiti essenziali per l'iscrizione all'elenco. I soggetti potranno essere cancellati dall'elenco qualora l'esito dell'incarico risultasse non conforme a quanto contrattualmente previsto. La cancellazione può inoltre essere disposta su domanda dell'interessato.

Milano, 26 marzo 2018

**IL DIRETTORE
SANITARIO**
(dott. Cesare Candela)

**IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
(dott. Marco Paternoster)

**IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO**
(d.ssa Pamela Moser)

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Fulvio Edoardo Odinolfi)

Fac-simile della DOMANDA da ricopiare su foglio in carta semplice con firma non autenticata (ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), valevole come DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Alla ASST NORD MILANO

U.O.C. RISORSE UMANE E ORGANIZZAZIONE

VIA CASTELVETRO 22 - MILANO

Il/la sottoscritto/a

Chiede

di essere ammesso all'avviso pubblico per titoli per la formazione e l'aggiornamento di un elenco di medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria e discipline affini e/o equipollenti, per l'individuazione dei componenti esterni nelle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, nonché in materia di handicap e di inserimento lavorativo dei disabili, ambito territoriale ASST Nord Milano.

.....

A tal fine,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

dichiara

- di essere nato/a a il
- di essere residente a (c.a.p.)in via
- di essere in possesso della cittadinanza(specificare se italiana o di altro Stato);
- di essere iscritto/a nelle liste del Comune di;
(oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);
- di non aver riportato condanne penali (oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali);
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di aver conseguito il seguente titolo di studiopresso l'Istituto/Universitàiprov.in data
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....;
- di essere iscritto nell'albo prov. con il n. (indicazione iscrizione albo);
- di aver diritto alla riserva dei posti prevista dalla legge ove applicabile in relazione ai posti messi a concorso(indicare categ. di appartenenza);
- di essere in possesso dei seguenti titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine
- di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:
di aver prestato servizio pressoprov.

nel profilo di

dal al, motivi cessazione dal servizio:
.....;

(oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);

- di richiedere il seguente ausilio per sostenere le prove previste dal concorso in quanto riconosciuto portatore handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n. 104/92 (*da compilare solo in presenza di handicap riconosciuto*).....

Ai sensi del DL.vo 30.06.03 n. 196 autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo:

.....

Tel. eventuale fax

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196: i dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di assunzione.

(Data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- copia carta d'identità
- elenco in triplice copia dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- copia contratto di assicurazione

Fac-simile di DICHIARAZIONE sostitutiva dell'ATTO di notorietà da ricopiare su foglio in carta semplice con firma Non autenticata (da allegare alla domanda con la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Artt.19 e 47 del D.P.R. n.445/2000 (non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. n.445/2000)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____ prov. _____ in via

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

che la/le presente/i copia/e composta/e da n. _____ fogli per n. _____ facciate totali, presentata/e con la domanda di partecipazione all' avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. _____ incarichi di prestazione d'opera è/sono conforme/i all'originale conservata/e presso il Sottoscritto e disponibile/i per i controlli di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000:

(data), _____

IL DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del DL.vo 30.06.03 n. 196, si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati ai fini del presente procedimento concorsuale.

(Data), _____

(Il Dichiarante) _____