



titolo	classe	sottoclasse	categoria
1	4	15	2

**PARZIALE RETTIFICA AVVISO PUBBLICO PER TITOLI PER LA  
FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DI UN ELENCO DI MEDICI  
SPECIALIZZATI IN GERIATRIA, MEDICINA INTERNA, NEUROLOGIA,  
ONCOLOGIA, PSICHIATRIA, MEDICINA DEL LAVORO 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 11 maggio 2022, n. 424 si invitano gli interessati ad esser inseriti nell'elenco dei professionisti medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria, medicina del lavoro 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, medicina del lavoro 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;**
  - **Medicina del lavoro 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.

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 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 di collaborazione 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 dell'attestazione dei requisiti specifici richiesti, e di un curriculum vitae e dell'ulteriore documentazione dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo di questa Azienda – Sesto San Giovanni - via Matteotti, n. 83 - **il presente avviso rimane aperto sino alla copertura delle necessità assistenziali.**

## 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 8:00 alle ore 11,45 e dalle ore 12:30 alle ore 14:30  
ovvero
- a mezzo del servizio postale tramite raccomandata a.r. dovranno essere spedite al seguente indirizzo: "Ufficio Protocollo – A.S.S.T. Nord Milano – via Matteotti, n. 83 – 20099 Sesto San Giovanni"  
ovvero
- mediante invio di posta elettronica certificata (PEC) alla casella di posta elettronica certificata: [protocollo@pec.asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@pec.asst-nordmilano.it).

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale, riconducibile univocamente al candidato; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale. L'invio

Sede Legale: viale Matteotti n. 83 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Codice Fiscale e P.IVA 09320420962 - Centralino 02.5799.1

telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopraindicato, entro il giorno di scadenza del bando.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stato oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;  
oppure
- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda non verranno prese in considerazione. Inoltre qualora la domanda di partecipazione sia inviata tramite posta elettronica certificata, la relativa mail dovrà riportare il seguente oggetto: **"incarichi di collaborazione libero professionale per medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia, psichiatria, medicina del lavoro 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. L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazione dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda.

Nel caso di consegna a mano della domanda di partecipazione si comunica che gli orari di apertura al pubblico dell'ufficio protocollo dell'Azienda sono dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 11,45 e dalle ore 12:30 alle ore 14:30

## MODALITA' DI SELEZIONE

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. La cancellazione potrà essere sanata attraverso il ripristino dei requisiti necessari per l'inserimento. I soggetti potranno essere cancellati dall'elenco qualora la prestazione lavorativa non sia conforme a quanto contrattualmente previsto. La cancellazione può inoltre essere disposta su domanda dell'interessato.

12 maggio 2022

IL DIRETTORE SANITARIO  
(F.to d.ssa Anna Lisa Fumagalli)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(F.to dott. Giovanni Palazzo)

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO  
(F.to d.ssa Barbara Mangiacavalli)

IL DIRETTORE GENERALE  
(F.to d.ssa Elisabetta Fabbrini)

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**

\*\*\*\*\*

**Al Direttore Generale**

**ASST Nord Milano**

Via Matteotti, 83  
20099 Sesto San Giovanni

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 studio: ..... presso l'Istituto/Università ..... di ..... prov. .... in data .....
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in.....;
- di essere iscritto nell'albo ..... prov. .... con il n. .... (indicazione iscrizione albo);
- di non essere collocato quiescenza per precedenti rapporti di lavoro pubblici o privati;
- 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 presso .....prov. .... nel profilo di .....

Sede Legale: viale Matteotti n. 83 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)  
Codice Fiscale e P.IVA 09320420962 - Centralino 02.5799.1

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

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

- **di aver preso visione del Regolamento Aziendale “recante la disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell’art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni” accessibile sul sito [www.asst-nordmilano.it](http://www.asst-nordmilano.it) ed accettare integralmente le condizioni stabilite nel medesimo regolamento, rinunciando a qualsiasi azione volta ad interrompere l’esperienza della procedura in argomento;**
- **di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all’eventuale conferimento dell’incarico.**

**Firma.....**

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

.....

Tel. .... e-mail.....

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE SOTTOSCRITTE E CORREDATE DELLA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA’**

(Data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- copia carta d’identità
- elenco dei documenti presentati;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- .....

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) \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA GESTIONE RISORSE UMANE

Nell'ottica della massima trasparenza è stata aggiornata la presente informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679

### FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è necessario per permettere l'espletamento della selezione per l'espletamento dell'incarico e rientra nelle attività amministrative e di gestione operativa legate ai servizi forniti; Il trattamento dei dati personali è da considerarsi lecito in base agli articoli 6 e 9 del Regolamento Europeo.

### MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

I dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata, del segreto professionale e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuto tutto il personale dell'Azienda Socio Sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento europeo. I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. Il periodo di conservazione (salvo diverse disposizioni di Legge) coincide con il diritto di Cancellazione/Oblio (cinque anni)

### COMUNICAZIONE DEI DATI

La comunicazione dei dati è un requisito necessario per l'erogazione delle prestazioni.

### DESTINATARI DEL TRATTAMENTO

I dati personali e sensibili non possono essere diffusi, ma possono essere comunicati in tutti i casi previsti dalla legge, per le finalità segnalate, a soggetti istituzionali. I dati possono essere trasmessi, per le finalità sopra citate, anche a soggetti terzi in rapporto contrattuale con l'Azienda, i quali, in ogni caso, saranno nominati responsabili esterni del trattamento.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

I diritti dell'Interessato possono essere esercitati, rivolgendosi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) mediante una delle modalità sotto specificate (posta elettronica, telefono, posta ordinaria).

L'interessato può chiedere al RPD, in qualunque momento, attraverso le modalità sopra descritte:

1. l'accesso ai dati personali,
2. la rettifica, la cancellazione degli stessi;
3. la limitazione del trattamento;
4. la revoca del consenso, qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, par. 1, lettera a) del Regolamento europeo, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento:

1. al trattamento dei dati (compresi i trattamenti automatizzati);
2. alla portabilità dei suoi dati.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, l'Interessato che ritenga che il trattamento dei dati sia svolto in violazione di quanto previsto dal Regolamento europeo 679/2016, ha il diritto di proporre reclamo all'autorità competente.

Nel caso di richiesta di portabilità del dato, il RPD fornirà - in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico - i dati personali richiesti secondo le modalità di legge.

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Nord Milano, Viale Matteotti 83 – 20099 Sesto San Giovanni (MI). Tel. 02.5799.1, indirizzo e-mail: [protocollo@asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@asst-nordmilano.it)

### RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), denominato anche Data Protection Officer (DPO), è la dr.ssa Maria Francesca Fasano, i cui dati di contatto sono di seguito indicati: indirizzo mail: [rpd-dpo@asst-nordmilano.it](mailto:rpd-dpo@asst-nordmilano.it); recapito telefonico: 3400049039