

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO "B"

**REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO**

**AVVISO PUBBLICO, PER SOLI TITOLI, PER L’AFFIDAMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO
PROFESSIONALE “MEDICO AUTORIZZATO”**

Si rende noto che in esecuzione della deliberazione n. 742 del 10.11.2016 è indetto avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di numero uno (1) incarico libero professionale Medico Autorizzato per l’espletamento dei compiti derivanti dagli obblighi di legge stabiliti dal D. Lgs. 230/95 s.m.i

1) OGGETTO E NATURA DELL’INCARICO

L’oggetto del contratto di cui al presente avviso riguarderà:

Le prestazioni che il professionista incaricato, dovrà assicurare, a favore dei lavoratori, apprendisti e studenti classificati in Ctg “A”, dislocati presso i vari Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari di questa ASP, in qualità di “Medico Autorizzato”, ai sensi del D. Lgs. 230/95, e ss.mm.ii., nonché, tutte le operazioni connesse ai sensi di legge di seguito elencati a titolo esemplificativo e non esaustivo sono:

- visite mediche preventive, periodiche e straordinarie in osservanza degli articoli nn. 84 e 85 del predetto D. Lgs. 230/1995, nei confronti dei lavoratori adibiti ai loro compiti istituzionali che li espongono professionalmente alle radiazioni ionizzanti;
- formulazione dei relativi giudizi di idoneità;
- visite Mediche eccezionali in osservanza dell’art. 91 del D.Lgs. n° 230/95;
- predisposizione di tutti gli atti propedeutici e conseguenti alle prescrizioni del suddetto D.Lgs;
- i necessari adempimenti relativi alle comunicazioni obbligatorie alle autorità competenti per conto del datore di lavoro;

2) DURATA DELLA COLLABORAZIONE

L’attività di cui all’Art. 1, del presente avviso, avrà la durata di anni **due**, a decorrere dalla data di sottoscrizione del contratto, per un compenso annuo lordo omnicomprendivo pari ad € 7.675,00.

Il presente incarico potrà essere risolto anticipatamente da questa ASP con preavviso scritto di 30 giorni da inoltrare a mezzo raccomandata a/r. senza che l’interessato possa avanzare alcun diritto e/o pretesa.

Qualora ricorrono motivi di giusta causa, la medesima facoltà di recesso può essere esercitata dal professionista, con raccomandata a/r da inoltrare con preavviso di giorni 30.

Per l’espletamento dell’attività di cui trattasi, l’Azienda metterà a disposizione la strumentazione occorrente al professionista incaricato.

3) REQUISITI PER L’AMMISSIONE

Per l’ammissione alla selezione i concorrenti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

Requisiti generali:

- a) cittadinanza Italiana, salve le equiparazioni previste dalla legge, o cittadinanza di uno dei paesi dell’ Unione Europea;

- b) di avere riportato condanne penali e/o non avere riportato condanne penali anche, con sentenza non passata in giudicato per i reati previsti nel capo I del titolo secondo II del libro secondo del codice penale, (rendere dichiarazione che interessa);
- c) di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere procedimenti penali pendenti specificando in quest'ultimo caso la tipologia (rendere la dichiarazione che interessa)
- d) Idoneità fisica alla specifica mansione: l'accertamento dell'idoneità fisica a è effettuato prima dell'instaurazione del rapporto di lavoro;
- f) Insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità di cui ai capi II, III, IV, V e VI del D.Lgs.n.39/2013;

Requisiti specifici:

- a) Possesso del titolo di Laurea in medicina e chirurgia;
- b) Iscrizione nell'elenco dei Medici Autorizzati del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali di cui all'art. 88 del D. Lgs. 230/05 e all. V del D. Lgs 241/00;
- c) Documentata esperienza, almeno biennale, presso aziende sanitarie e/o ospedaliere pubbliche in qualità di Medico Autorizzato.

Tutti i requisiti di ammissione di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande d'ammissione.

4) DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di ammissione alla selezione, indirizzata all'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, c/o Dipartimento Gestione Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari Generali, via Pindemonte 88 pad. 23 , 90129 Palermo, deve essere redatta in carta semplice, secondo lo schema allegato al presente avviso, sottoscritta senza autenticazione e con allegata fotocopia del documento di riconoscimento, in corso di validità.

Sulla busta contenente la domanda dovrà essere riportata la dicitura "Selezione per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale - Medico Autorizzato -".

Alla domanda deve essere, inoltre, allegato apposito curriculum formativo e professionale redatto su carta libera datato e firmato, con allegate tutte le certificazioni, in autocertificazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, relative ai titoli che i candidati ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito.

I documenti e i titoli devono essere prodotti in copia autenticata ai sensi di legge ovvero attestati con dichiarazione sostitutiva e sono esenti dall'imposta di bollo.

E' ammessa la dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi del D.P.R. 445/200) del possesso di stati, fatti, o qualità personali e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi della vigente normativa.

Al fine della validità delle dichiarazioni sostitutive, va allegata la copia fotostatica di valido documento di riconoscimento.

Comportano l'esclusione dalla selezione: la mancata indicazione o certificazione dei requisiti richiesti, la mancata sottoscrizione della domanda e la mancata produzione del curriculum sottoscritto e documentato, copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

5) TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda e la documentazione ad essa allegata, deve essere spedita con raccomandata A.R. al seguente indirizzo: - Dipartimento Gestione Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari Generali, via Pindemonte 88 pad. 23, 90129 Palermo -, o anche presentata direttamente all'ufficio protocollo della suddetta sede, o inviata via PEC all'indirizzo: affarigeneraliconvenzioni.per@asppa.it

La domanda deve pervenire, a pena di esclusione dalla presente selezione, al predetto indirizzo e con le suddette modalità, entro il quindicesimo giorno successivo dalla data di pubblicazione del presente avviso. Qualora detto giorno dovesse cadere in un giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo lavorativo. Il termine fissato per la presentazione della domanda e dei documenti è perentorio, per cui non si terrà conto delle domande e dei documenti spediti dopo tale data.

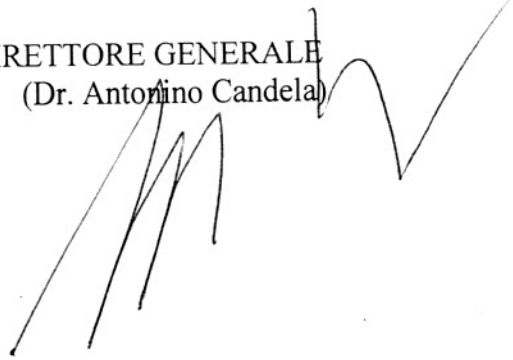
Dell'esito della procedura comparativa sarà data comunicazione a ciascun concorrente interessato mediante pubblicazione sul sito web dell'Azienda.

Per eventuali informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi alla Dott.ssa Maria Luisa Massei presso il Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Affari Generali – U.O.C. “Affari Generali e Convenzioni” – di questa Azienda Sanitaria Provinciale, sito in Palermo, Via Pindemonte n. 88 – Padiglione 23 -, tel. 091 7033456 nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 9,00 alle 13,30 e dalle ore 15,30 alle 17,30.

L'efficacia del contratto di incarico libero professionale è subordinata agli obblighi di cui al D.LGS. n.33 del 14 MARZO 2013.

Palermo li 10-11-2016

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Antonino Candela)

A handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping, interconnected strokes, positioned to the right of the printed name.

SCHEMA DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI N° 1 MEDICO AUTORIZZATO

All'ASP di Palermo
Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo
Organizzativo e Affari Generali
Via Pindemonte, n. 88 - Padiglione 23
90129 PALERMO

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente in _____
via _____ n. _____ codice fiscale _____
n.tel. _____ n. cell. _____ e_mail _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per soli titoli per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale di - Medico Autorizzato - per l'espletamento dei compiti derivanti dagli obblighi di legge stabiliti dal D. Lgs. 230/95 e ss.mm.ii.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28/dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- a) di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
- b) di godere dei diritti politici e di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;
- c) di avere /non avere riportato condanne penali anche, con sentenza non passata in giudicato per i reati previsti nel capo I del titolo secondo II del libro secondo del codice penale, (rendere dichiarazione che interessa);
- d) di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere procedimenti penali pendenti specificando in quest'ultimo caso la tipologia (rendere la dichiarazione che interessa)
- e) di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico in argomento
- f) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____
- g) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi _____
- h) di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici autorizzati, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dal _____ al n° _____;
- i) di essere in possesso dell'esperienza, almeno biennale, in qualità di Medico Autorizzato presso le seguenti aziende sanitarie _____
- j) di essere in possesso della specializzazione di: _____ conseguita presso _____ il _____;
- k) di avere partecipato negli ultimi 5 anni ai seguenti corsi di formazione in materia di radioprotezione, ai sensi dell'art. 7, comma 8, del D. Lgs. 178/2000
- l) che non sussistono cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al capo II del D.Lgs.n.39/2013
- m) che non ricorrono le condizioni di cui all'art. 5 comma 9, del D.L. n. 95/2012, convertito dalla L. n. 135/2012, e successivamente modificato dall'art. 17 comma 3° L. 7 agosto 2015 n. 124.

Data _____

firma per esteso _____

N.B. Allegare copia del documento di identità in corso di validità..

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del D.P.R. 445/00)

(Da rendere nei casi tassativamente indicati nell'art. 46 del DPR n. 445/00, ad esempio: stato di famiglia, iscrizione all'albo professionale, possesso del titolo di studio, di specializzazione, di abilitazione, etc.)

Il sottoscritto.....nato a

il.....e residente a.....Via.....n.....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

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

__L__ sottoscritt__ esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla

presente procedura concorsuale.

Luogo, data

Firma per esteso e leggibile del dichiarante

(Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. n. 445/00)

(Inerente tutti gli stati, fatti e qualità personali non espressamente indicati nell'art. 46 del DPR n. 445/00- ad esempio: borse di studio, attività di servizio, attività di docenza, partecipazione corsi di formazione, di aggiornamento, convegni, etc.)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il a e residente in..... via

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

__L__ sottoscritt__ esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196/ 2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale.

Luogo, data

Firma per esteso e leggibile del dichiarante

(da allegare documento di riconoscimento in corso di validità)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 19 e art. 47 del D.P.R. n. 445/00)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ e residente in _____
via _____, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali

previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445 del
28/12/2000 e della conseguente possibile decadenza dai benefici, dichiara la conformità all'originale dei
seguenti documenti, in proprio possesso o il cui originale è depositato presso le persone fisiche o giuridiche
sottoelencate: (elencare i documenti ed indicare per ciascun documento i dati relativi alla persona fisica o
giuridica che possiede i documenti):

Descrizione documento	Indicatore possessore
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.
Lgs. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale.

Palermo, _____

Firma per esteso del dichiarante

(Da allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)