



**REGIONE MARCHE
ASUR – AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE**

AVVISO PUBBLICO

PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E
CONTINUATIVA
A MEDICI- EMERGENZA CORONAVIRUS**

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria COVID-19 l'ASUR Marche emette il presente avviso pubblico volto a raccogliere manifestazioni di interesse per prestare attività clinico assistenziale nei Presidi Ospedalieri della Aree Vaste dell'ASUR, al fine di costituire un apposito elenco aperto di medici disponibili a prestare attività su turni H24, 7 giorni su 7, da cui attingere per far fronte alle contingenti esigenze assistenziali per l'affidamento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi del D.L. n. 14 del 9.3.2020 (Art. 1 commi 3 e 4).

L'inserimento dei professionisti negli elenchi di cui al presente avviso non determina, in capo ai singoli, alcun diritto al conferimento dell'incarico.

Requisiti specifici:

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) abilitazione all'esercizio della professione medica;
- c) iscrizione all'ordine professionale;

Sono ammissibili i laureati in medicina e chirurgia, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza previo riconoscimento del titolo.

TIPOLOGIA DI INCARICO, IMPIEGO E TRATTAMENTO ECONOMICO

Le Aree Vaste, sulla base del fabbisogno e subordinatamente alla impossibilità di reperire personale con rapporto di lavoro dipendente, potranno conferire incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per la durata dello stato di emergenza di cui alle norme richiamate e comunque per una durata massima di mesi 6, eventualmente prorogabili.

La contrattualizzazione è finalizzata al potenziamento dell'assistenza negli ospedali c.d. COVID

- screening e triage nei Pronto soccorso
- operazioni di screening e sorveglianza del fenomeno infettivo

Ai soggetti contrattualizzati è richiesto un impegno orario settimanale di almeno 30 ore da effettuarsi secondo le necessità organizzative della struttura.

Il trattamento economico da corrispondersi è di Euro 40,00/ora onnicomprensivi.

Sono a carico dell'Azienda: la copertura assicurativa INAIL e la copertura assicurativa per responsabilità professionale/civile verso terzi, fatta eccezione della colpa grave.

PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE

Le candidature, redatte in carta semplice secondo lo schema allegato (ALLEGATO A), vanno presentate mediante una delle seguenti modalità:

a) a mezzo servizio postale esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento ai seguenti indirizzi: **Al Direttore Generale ASUR n via Oberdan n. 2, 60122 Ancona.**
Sulla busta contenente la manifestazione d'interesse si dovrà indicare quanto segue: *"Avviso pubblico per manifestazione di interesse da medici abilitati – Emergenza coronavirus"*

b) tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) agli indirizzi: asur@emarche.it

c) tramite l'utilizzo della posta elettronica al seguente indirizzo e-mail:
personale.asur@sanita.marche.it

Nelle modalità indicate ai precedenti punti b) e c) nell'oggetto dovrà essere indicato nome e cognome e la dicitura *"Avviso pubblico manifestazione di interesse da medici abilitati – Emergenza coronavirus"*

Alla domanda devono essere allegati:

- a) un curriculum formativo e professionale;
- b) una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

L'ASUR procederà al conferimento degli eventuali incarichi sulla base della valutazione del curriculum in ordine alle necessità legate allo stato dell'emergenza.

L'Ente prima dell'immissione in servizio procederà all'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica con visita medica preventiva in fase preassuntiva ai sensi dell'art. 41, lett. e-bis D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il candidato dovrà dichiarare la disponibilità ad un tempestivo conferimento dell'incarico nonché flessibilità a operare nelle sedi di lavoro che verranno di volta in volta individuati per soddisfare le contingenti necessità.

SCADENZA

Il presente avviso rimane attivo per la durata dello stato di emergenza connesso all'epidemia COVID-19 e sino a copertura delle necessità assistenziali.

NORME FINALI

L'ASUR si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere, revocare o annullare il presente avviso in tutto o in parte, a suo insindacabile giudizio, qualora ne rilevasse la necessità ed opportunità per ragioni di pubblico interesse, escludendo per i candidati qualsiasi pretesa o diritto. È condizione risolutiva del contratto individuale, senza l'obbligo di preavviso, l'annullamento della presente procedura, facendo salvi gli effetti economici derivanti dal rapporto di lavoro prestato fino al momento della risoluzione.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei concorrenti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.

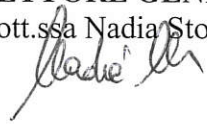
Per quanto non espressamente previsto nel presente avviso, valgono le norme di cui alla vigente normativa legislativa e contrattuale, per quanto compatibile.

Ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm. si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della presente procedura.

Per informazioni relative alla presentazione della domanda è possibile contattare l'Area Dipartimentale Politiche del Personale ai seguenti numeri: 071-2911588/666/629.



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Nadia Storti


**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI**

COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA EX ART. 1 D.L. 14/2020 PER MEDICI ABILITATI.

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche
Via Oberdan 2
60122 Ancona**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere disponibile al conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ex art. 1 D.L. 14/2020, per medici abilitati presso le seguenti Aree Vaste dell'ASUR:

- ☐ Area Vasta n. 1
- ☐ Area Vasta n. 2
- ☐ Area Vasta n. 3
- ☐ Area Vasta n. 4
- ☐ Area Vasta n. 5

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. __) il _____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____ in Via _____ n. _____ recapiti telefonici: _____;

4. di possedere *(barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti)*:

- ☐ la cittadinanza italiana;
- ☐ la cittadinanza _____ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);
- ☐ la cittadinanza _____ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- ☐ la cittadinanza _____ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;

☐ lo status di rifugiato _____ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria _____ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

di non essere iscritto/a nelle **ovvero** liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

di essere cancellato/a dalle **ovvero** liste elettorali (indicare i motivi) _____ ;

6. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

di aver riportato le seguenti condanne penali **ovvero** _____ ;

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico **ovvero** _____ ;

7. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

8. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale oggetto dell'avviso;

9. di essere in possesso dei seguenti titoli *(barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti)*:

☐ Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ presso _____ con la seguente votazione _____ ;

☐ Abilitazione all'esercizio della professione di _____ conseguita presso _____ anno/sessione _____ ;

☐ di essere iscritto/a all'Albo/Ordine _____ della Provincia/Regione _____ al n. _____ dal _____ ;

10. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

11. di indicare attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo alle aree vaste presso le quali si presta la disponibilità allo svolgimento dell'incarico:

1.
2.
3.
4.
5.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale autocertificato;
- fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata
