

ASL FG

Avviso pubblico di manifestazione d'interesse per dirigenti medici in quiescenza, per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore a sei mesi, e comunque non oltre il 31.12.2024, per le esigenze dell'ASL FOGGIA.

Questa Azienda, in esecuzione della delibera n. 639 del 18/04/2024 indice avviso pubblico di manifestazione d'interesse per dirigenti medici collocati in quiescenza, per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore a sei mesi, e comunque non oltre il 31.12.2024 per le esigenze delle diverse strutture dell'ASL Foggia.

Tali incarichi verranno conferiti ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. 17/03/2020 n. 18, convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020 n. 27, ai sensi del D.L. n. 73 del 21.06.2022, convertito nella legge n. 122/2022, che dispone la proroga dei termini di cui all'art. 2-bis, comma 5 del D.L. n. 18/2020 al 31.12.2023, ai sensi dell'art. 4 – Proroga di termini in materia di salute – comma 6 del Decreto Legge n. 215 del 30.12.2023.

Il trattamento economico viene stabilito in € 60,00 lorde ad ora, come da circolare del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, prot. N. AOO_005/PROT/30/08/2022/0005758.

SOGGETTI CHE POSSONO MANIFESTARE IL PROPRIO INTERESSE

La manifestazione è rivolta a Dirigenti Medici specializzati collocati in quiescenza, anche ove non più iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, al fine di costituire appositi elenchi suddivisi per singola disciplina cui attingere per svolgere attività assistenziali presso la ASL FG, in applicazione dell'art. 2 bis, comma 5, D.L. n. 18 del 17.3.2020 convertito nella legge n. 27/2020 e s.m.i., in applicazione del D.L. n. 73 del 21.06.2022, convertito nella legge n. 122/2022, che dispone la proroga dei termini di cui all'art. 2-bis, comma 5 del D.L. n. 18/2020 al 31.12.2023, in applicazione dell'art. 4 – Proroga di termini in materia di salute – comma 6 del Decreto Legge n. 215 del 30.12.2023.

MODALITA' E TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Il candidato deve presentare la domanda di manifestazione di interesse, secondo lo schema allegato, debitamente sottoscritta, a pena di esclusione, tramite pec all'indirizzo areapersonalefoggia@mailcert.aslfg.it.

Alla domanda dovranno essere allegati fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e un curriculum vitae aggiornato e autocertificato.

NON sono ammesse modalità di presentazione delle domande diverse da quella indicata e, pertanto, non saranno ritenute valide le domande di partecipazione all'Avviso presentate con modalità diverse da quella sopra indicata, pena l'esclusione.

Le istanze saranno prese in considerazione secondo il numero progressivo di registro generale di protocollo aziendale, nell'ambito della specializzazione conseguita e, comunque, in base alle esigenze dell'Azienda.

La presente procedura rimane aperta sino al soddisfacimento delle necessità assistenziali.

Gli interessati in quiescenza, che risponderanno alla presente manifestazione di interesse, nel caso di conferimento di incarico, verranno sottoposti a una visita di idoneità da parte del Medico Competente di questa ASL per l'accertamento dello stato di salute. Una volta superata questa verifica, sottoscriveranno un contratto individuale in regime di lavoro autonomo.

DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELLA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO

Il Professionista al momento della stipulazione del contratto dovrà produrre polizza per responsabilità civile

per colpa grave e polizza Infortuni a proprio carico.

Il Professionista dovrà essere munito di Partita Iva

NORME FINALI

Ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 196/2003 e ss.mm. si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati 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.

Con la presentazione della domanda di partecipazione si intendono accettate tutte le clausole del presente Avviso.

Per quanto non contemplato nel presente Avviso, si fa riferimento alle norme vigenti in materia.

Il Direttore Generale

Dott. Antonio Giuseppe Nigri



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

*Al Direttore Generale
ASL FG*

Il/La... sottoscritt..... chiede di poter partecipare all'avviso pubblico per manifestazione d'interesse per dirigenti medici collocati in quiescenza per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore a sei mesi, e comunque non oltre il 31.12.2024, per le esigenze dell'ASL Foggia

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace, secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la presente domanda le clausole ivi contenute;
2. di essere nat..... a il
3. di essere residente in Via/Piazza
4. di possedere la cittadinanza
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito il presso
7. di possedere la specializzazione in conseguita il presso
8. di essere /non essere iscritto all'ordine dei Medici della Provincia di.....;
9. di essere in quiescenza dal.....;



10. di aver prestato servizio, nel periodo antecedente al collocamento in quiescenza, presso la seguente Amministrazione.....
 con il profilo di Dirigente Medico della disciplina di.....
 nella U.O.C. di.....;
11. di essere/non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
12. di essere/non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili;
13. di accettare tutte le condizioni fissate dal bando;
14. di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo:

località/Stato _____

Via _____ c.a.p. _____

Telefono _____

Indirizzo PEC _____

Impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione successiva dello stesso indirizzo all'Area Gestione del Personale e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Il sottoscritto autorizza la ASL FG al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti da parte degli aventi diritto, nonché anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti la gestione del rapporto stesso.

Allega

- CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data,

Firma