

08 MAR. 2019

AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

rivolto a Medici e Infermieri

finalizzata alle attività nelle Commissioni Mediche Integrate di Invalidità Civile, Cecità Civile, Sordità, Handicap e Disabilità, mediante l'istituto del distacco, presso la sede INPS di Crotone.

PREMESSO che con DCA n. 239 del 6 dicembre 2018, la Regione Calabria, rappresentata dal Commissario ad acta, Ing. Massimo Scura, ha rinnovato, mediante apposita convenzione, l'affidamento dalla Regione all'INPS delle funzioni di primo accertamento dei requisiti sanitari di Invalidità Civile, Handicap, Disabilità, Cecità e Sordità, di competenza delle ASP della Calabria, con modalità stabilite nella predetta convenzione;

CHE con nota prot. n. 61595 del 13/02/2019 il nuovo Commissario ad Acta, Gen. Dott. Saverio Cotticelli, ha confermato il rinnovo di cui sopra.

VISTA la deliberazione del Commissario dell'ASP di Crotone n. 86 del 06/03/2019, avente ad oggetto "Preso atto accordo per la regolamentazione dell'utilizzo di personale dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone presso la struttura territoriale dell'INPS di Crotone di cui alla convenzione inter partes per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità (art. 18, com. 22, DL. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111)";

CONSIDERATO che l'accordo, ivi allegato, per la regolamentazione dell'utilizzo di personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Crotone presso la sede INPS di Crotone, attraverso l'istituto del distacco, prevede:

- personale medico: n. 2 unità
- personale infermieristico: n. 1 unità;

RESO NOTO che per poter partecipare all'avviso di manifestazione d'interesse il personale medico e infermieristico dell'ASP di Crotone dovrà possedere i requisiti previsti nel citato accordo per la regolamentazione dell'utilizzo del personale dipendente, ovvero:

- Non essere stato componente, negli ultimi due anni, delle Commissioni Mediche Integrate presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone per l'accertamento dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.
- Non avere riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato;
- Non aver avuto sanzioni disciplinari comminate negli ultimi due anni di servizio.
- Non avere procedimenti penali in corso connessi all'esercizio dell'attività professionale o delle funzioni svolte;

RESO NOTO, altresì, che:

- l'Inps si riserva la facoltà di effettuare appositi colloqui motivazionali del personale proposto per il distacco, allo scopo di concordare con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona i nominativi da utilizzare presso la propria struttura territoriale di Crotona.
- l'Inps si riserva la facoltà di chiedere la sostituzione o la revoca del personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona in distacco.
- Per effetto del suddetto distacco si instaura un rapporto di servizio tra i lavoratori distaccati e l'Inps, rimanendo esclusa qualsiasi configurazione di rapporto di lavoro con l'Inps.
- Il personale distaccato manterrà il rapporto di impiego con la Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona e sarà assoggettato al trattamento economico e normativo previsto per il personale dell'ente distaccante.
- Che il distacco dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona avrà una durata temporanea e terminerà allo scadere della Convenzione, salvo proroga.

TANTO PREMESSO, si comunica che l'ASP di Crotona, al fine di coinvolgere professionalità mediche ed infermieristiche, da impiegare nelle Commissioni Mediche Integrate per l'accertamento dei requisiti sanitari di Invalidità Civile, Handicap, Disabilità, Cecità e Sordità, ognuna per le proprie competenze, mediante l'istituto del distacco, presso l'INPS sede di Crotona,

indice MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Per attività nelle Commissioni Mediche Integrate per l'accertamento dei requisiti sanitari di Invalidità Civile, Handicap, Disabilità, Cecità e Sordità, cui sono invitati a partecipare Medici e Infermieri dipendenti a tempo indeterminato dell'ASP di Crotona.

I requisiti di partecipazione, oltre quelli in premessa menzionati, sono i seguenti:

Per i Medici	a) profilo professionale di Dirigente Medico; b) iscrizione all'Ordine.	c) essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Crotona
--------------	--	--

Per gli Infermieri	a) profilo professionale di C.P.S. Infermiere o C.P.S. Infermiere Senior; b) iscrizione all'Ordine.	c) essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Crotona
--------------------	--	--

La domanda di partecipazione, contenente le generalità e la firma dell'interessato, dovrà essere inviata al Commissario dell'ASP di Crotona – Centro Direzionale "Il Granaio", viale Stazione/angolo via G. Di Vittorio, CAP 88900 Crotona, entro le ore 13:00 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nell'albo pretorio aziendale e nel sito web "www.asp.crotona.it", tramite consegna a mano all'Ufficio protocollo generale aziendale o invio all'indirizzo di posta elettronica certificata "protocollo@pec.asp.crotona.it".

Alla domanda di partecipazione gli interessati dovranno allegare il proprio Curriculum Vitae in formato europeo, datato e firmato.

L'ASP si riserva la facoltà di concedere il proprio nulla osta in funzione delle necessità del servizio di appartenenza.

Per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni che risultano mendaci sono perseguibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Ai sensi del DPR 445/2000, non essendo richiesta l'autenticazione della firma, l'aspirante potrà sottoscrivere la domanda ed il curriculum corredati dalla fotocopia di un valido documento d'identità.

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti in banca dati cartacea e/o automatizzata, per le finalità inerenti la gestione delle procedure inerenti l'avviso di che trattasi.

La domanda ed il curriculum vitae non sono soggetti all'imposta di bollo.

L'amministrazione si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di modificare, prorogare, nonché riaprire i termini ovvero revocare il presente avviso, per motivi di pubblico interesse o per cause di forza maggiore.

**IL DIRETTORE DIP. SERVIZI TECN.-AMM.VI
DR. FRANCESCO SAVERIO LORIA**



**IL COMMISSARIO
DR. ANTONIO GRAZIANO**



**AL COMMISSARIO ASP CROTONE
CENTRO DIREZIONALE "IL GRANAIO"
VIALE STAZIONE/ANG. VIA G. DI VITTORIO
88900 CROTONE**

AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

rivolto a Medici e Infermieri

finalizzata alle attività nelle Commissioni Mediche Integrate di Invalidità Civile, Cecità Civile, Sordità, Handicap e Disabilità, mediante l'istituto del distacco, presso la sede INPS di Crotona.

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a
_____ (___), il _____, residente a
_____ (___) via _____,
Cap _____, Tel _____, Mail _____, Pec
_____, in qualità di _____,
presso _____, a tempo indeterminato, codice fiscale
_____, sede operativa in
_____ (___) via _____ n. ____ CAP
_____ tel. _____ fax _____ mail _____ Pec

CHIEDE

di aderire alla manifestazione in oggetto.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti.

DICHIARA

- a) di essere in possesso dei requisiti di ammissione previsti dall'Avviso de quo, alla data di presentazione della domanda di adesione;
- b) di essere inquadrato nel profilo professionale di _____;
- c) di possedere l'iscrizione ^{all'Ordine dei medici/}Ordine degli infermieri della provincia di _____ n. _____.
- d) di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'accordo per la regolamentazione dell'utilizzo di personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Crotona, presso la direzione provinciale dell'INPS di Crotona, nonché nell'Avviso di cui alla procedura in oggetto.

Allega alla presente:

- Curriculum Vitae;
- Copia di un documento di identità, in corso di validità.

Autorizza il trattamento dei dati personali per gli scopi inerenti il presente procedimento ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.

Data ____/____/____

Firma _____