

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI N. 6 INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER 38 ORE SETTIMANALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE, DA DESTINARE AL SERVIZIO ACCOGLIENZA OSPEDALIERA - COVID (SAO - COVID).

VISTA l'Ordinanza del Ministero della Salute del 26 marzo 2021;

VISTO il decreto - legge del 01 aprile 2021, n. 44, convertito in legge del 28 maggio 2021, n. 76;

VISTA l'Ordinanza del Ministero della Salute del 2 aprile 2021;

VISTE le vigenti Ordinanze del Presidente della Regione Calabria, emanate ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica per l'emergenza COVID - 19;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 77 del 02/02/2022, recante "Istituzione Servizio Accoglienza Ospedaliera - Covid (SAO - COVID)", con la quale è stata istituita l'area sanitaria denominata Servizio Accoglienza Ospedaliera - Covid (SAO - COVID), a gestione multispecialistica e multidisciplinare negli spazi già in utilizzo al Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza - OBI dove sono presenti ambienti utilizzabili per creare vari setting assistenziali;

VISTA la nota prot. n. 8249 del 21/02/2022 con la quale il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza Accettazione richiede la predisposizione di una short-list di personale da utilizzare nell'immediato per il SAO - COVID;

STANTE QUANTO SOPRA

L'Azienda intende indire la presente manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di una short list per l'eventuale reclutamento di **medici specialisti, specializzandi e laureati** mediante la stipula di contratti di lavoro a tempo determinato per la durata di mesi 6 e per 38 ore settimanali, da destinare al Servizio Accoglienza Ospedaliera - Covid (SAO - COVID).

La partecipazione alla presente manifestazione non comporta in capo a ciascun candidato nessun diritto al conferimento dell'incarico.

Le eventuali candidature, da redigersi secondo il modello allegato, dovranno pervenire esclusivamente al seguente indirizzo di **pec: protocollo@pec.asp.crotone.it**.

Alla domanda di partecipazione, firmata in originale a pena di esclusione, il candidato dovrà allegare il proprio curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione e copia del documento di identità in corso di validità, a pena di esclusione.

Il bando dà luogo ad una short-list aperta e ha validità a decorrere dalla sua data di pubblicazione sul sito web aziendale www.asp.crotone.it - sezione Concorsi e Avvisi. Le domande potranno essere presentate dal momento della pubblicazione e potranno essere vagliate, in ordine cronologico, a decorrere dal 5° giorno successivo alla data di pubblicazione del medesimo sino alla concorrenza dei posti a selezione.

La predisposizione dell'elenco degli idonei non esclude la facoltà dell'Azienda di utilizzare prioritariamente le graduatorie aziendali vigenti e le graduatorie regionali rese disponibili o di bandire ulteriori procedure comparative. L'elenco dei candidati aventi i requisiti di ammissione sarà aggiornato in funzione delle necessità aziendali sulla base delle domande pervenute nel corso del tempo.

L'ASP di Crotona, previa verifica dei requisiti dichiarati e valutazione comparata dei curricula formativi e professionali da parte di una Commissione appositamente nominata dal Commissario Straordinario e composta dal Direttore Sanitario (o suo delegato), dal Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione e dal Responsabile del Governo Clinico e Risk Management o altro professionista individuato dal Direttore Sanitario stesso, redigerà una short – list di idonei da cui attingere per il conferimento degli incarichi in questione.

L'inserimento nell'elenco di cui alla presente procedura non comporterà il diritto al conferimento dell'incarico.

REQUISITI DI ACCESSO:

• A) MEDICI SPECIALISTI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. Iscrizione all'ordine professionale,
4. Specializzazione nelle seguenti discipline o equipollenti:

- Anestesia rianimazione;
- Malattie dell'apparato respiratorio;
- Malattie infettive e tropicali;
- Medicina interna;
- Igiene e Medicina Preventiva
- Medicina d'emergenza urgenza;

in subordine:

sub a) attestato di formazione regionale idoneità esercizio attività Emergenza Sanitaria Territoriale;

sub b) attestato Corsi Formazione Specialistica Medicina Territoriale;

sub c) Corsi specifici nell'area dell'emergenza: BLS – D, BLS – D pediatrico, ACLS, ATLS

• B) MEDICI SPECIALIZZANDI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. iscrizione all'ordine professionale,
4. Iscrizione all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione di:
 - Anestesia rianimazione;

- Malattie dell'apparato respiratorio;
- Malattie infettive e tropicali;
- Medicina interna;
- Medicina d'emergenza urgenza;
- Igiene e Medicina Preventiva

• **C) MEDICI**

1. Laurea in medicina e chirurgia
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica
3. Iscrizione all'ordine professionale

- Non aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso che inibiscano il rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- Non avere alcuna limitazione lavorativa per motivi di salute;

Per i cittadini di stato estero non facenti parte dell'Unione Europea è necessario possedere e allegare alla manifestazione d'interesse regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

CONFERIMENTO INCARICHI

Gli incarichi verranno conferiti secondo l'ordine dei candidati inseriti nell'elenco degli idonei scaturito dalla comparazione dei curricula effettuato dalla Commissione, e verranno regolati da apposito contratto a tempo determinato, conformemente a quanto previsto dal vigente C.C.N.L. Area Sanità – triennio 2016/2018.

Data la particolare natura degli incarichi da conferire, la disponibilità immediata sarà, ove essenziale a garantire la continuità del servizio, condizione imprescindibile per il conferimento.

Il rapporto si risolve, automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

I primi 6 candidati idonei saranno chiamati in servizio con decorrenza immediata e in caso di eventuale rinuncia/assenze al momento della stipula del relativo contratto si procederà con il candidato successivo.

TIPOLOGIA, COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

Gli incarichi eventualmente conferiti avranno durata di mesi 6, salvo eventuali proroghe, per un impegno orario pari a n. 38 ore settimanali.

Il compenso è determinato secondo il vigente C.C.N.L. Area Sanità per Dirigenti con Incarico di Base.

DIPOSIZIONI FINALI

Per quanto non regolato dal presente Avviso, si fa riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

L'ASP di Crotona si riserva la facoltà di modificare, sospendere, revocare o annullare il presente Avviso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in ragione di pubblico interesse, senza che gli istanti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

La partecipazione all'Avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle disposizioni del presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni attualmente in vigore e da quelle eventualmente future.

Il presente avviso, nonché tutte le comunicazioni inerenti allo stesso, saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone www.asp.crotone.it - sezione concorsi e avvisi, con effetto di pubblicità legale ai sensi dell'art. 32 comma 1 della L. n. 69 del 18/06/2009 .

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
DR. GIUSEPPE PANELLA

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DR. DOMENICO SPERLI

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI N. 6 INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER 38 ORE SETTIMANALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE, DA DESTINARE AL SERVIZIO ACCOGLIENZA OSPEDALIERA - COVID (SAO - COVID).

Il/La sottoscritto/a COGNOME NOME..... nato/aa..... il.....codice fiscale.....residente inVia/Piazza..... n. Città Provincia CAP recapiti telefonici pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000. sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione. consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere. di formazione o uso di atti falsi. richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

di essere in possesso della cittadinanzaai sensi dell'art.38 del D.Lgs n.165/01 e s.i.m.;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

di non essere iscritto nelle liste elettorali

(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

(sbarrare la voce che interessa)

di godere dei diritti civili e politici

di non godere dei diritti civili e politici.....

(in caso di non godimento indicare i motivi)

(sbarrare la voce che interessa).

di non aver riportato condanne penali

di aver riportato le seguenti condanne penali.....

(in caso di condanne indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

di non aver riportato sanzioni disciplinari

o di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari

(in caso di sanzioni indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

o di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in datarilasciata dall'Università con la votazione di ;

o di essere in possesso della specializzazione indella durata di anni conseguita in datarilasciata dall'Università con la votazione di

o di essere iscritto al anno del Corso di specializzazione in della durata di anni dell'Università.....con la votazione di

o di essere in possesso di un' ulteriore specializzazione in della durata di anni conseguita in data rilasciata dall'Università con la votazione di

o di iscritto all'albo professionale di

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari;

o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è:

COGNOME..... NOME

residente in Via/Piazza

nCittà Provincia CAP..... recapiti

telefonici PEC/email.....(obbligatoria)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme

contenute nell'avviso;

- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona www.asp.crotona.it- sezione concorsi e avvisi;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura *de qua*.

Firma
