

## EMERGENZA SANITARIA COVID-19

### AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO **PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA**

Ai sensi dell'art.1, comma 6, del D.L. n.14/2020 "Disposizione urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" e delle Legge 27/2020 ed in esecuzione della deliberazione è indetta procedura d'urgenza per l'acquisizione di manifestazione di interesse per il conferimento dei seguenti incarichi in regime di lavoro autonomo presso questa Azienda:

#### **PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA che non abbia compiuto il 70 anno di età nella seguente disciplina:**

- **Anestesia e Rianimazione - n° 5 posti**

#### REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE:

- idoneità fisica all'impiego;
- godimento dei diritti civili e politici;
- non essere stato destituito o dispensato presso una Pubblica Amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- non aver subito condanne penali relative a reati contro la pubblica amministrazione
- medico in quiescenza.

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande devono essere presentate secondo il modulo allegato e corredate da Curriculum vitae esclusivamente all'indirizzo pec [arearisorseumane@pec.ao-rummo.it](mailto:arearisorseumane@pec.ao-rummo.it). entro e non oltre le ore **12 del giorno 3/06/2021**.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione. Pertanto eventuali domande pervenute con altre modalità, pur entro i termini di scadenza dell'Avviso, non verranno prese in considerazione.

#### AMMISSIBILITA' DELLE DOMANDE

Le domande pervenute saranno preliminarmente esaminate dalla UOC "Gestione Risorse Umane" ai fini dell'accertamento dei requisiti di ammissibilità. Saranno ammessi tutti coloro in possesso dei requisiti previsti dall'avviso.

#### VALUTAZIONE IDONEITA' DEI CANDIDATI

Per tutti i candidati ammessi alla presente manifestazione di interesse verrà espresso un giudizio di idoneità (anche in termini numerici) a seguito di valutazione comparativa del curriculum formativo e professionale da parte del Direttore della UOC di riferimento o da parte della Direzione Sanitaria aziendale/di presidio.

Nell'ambito della valutazione curriculare si terrà conto in modo prevalente della esperienza lavorativa prestata dal candidato.

#### INQUADRAMENTO E SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'

I candidati selezionati con la presente manifestazione di interesse, qualora dichiarati idonei, andranno ad integrare il personale dell'Azienda San Pio nello svolgimento delle attività. Il numero dei candidati cui sarà conferito l'incarico sarà determinato dall'Azienda fino a copertura delle necessità assistenziali.

I nominativi dei candidati dichiarati idonei saranno pubblicati sull' Albo Pretorio online.. Detta pubblicazione produce effetti di pubblicità legale come previsto dall'art. 54 del D. Lgs. n.82/2005. I candidati selezionati con la presente manifestazione di interesse, qualora dichiarati idonei, saranno sottoposti ad una visita di idoneità da parte del medico competente per l'accertamento dello stato di salute.

Gli stessi sottoscriveranno un contratto individuale di lavoro autonomo, con decorrenza immediata. La durata di tali contratti a pari a mesi 6, eventualmente prorogabili in relazione all'evolversi dell'emergenza sanitaria. La durata del contratto potrà cessare anticipatamente in caso di termine dello stato di emergenza decretato dal Governo o qualora intervenga nel frattempo una novazione normative che imponga tale cessazione.

Il compenso orario onnicomprensivo previsto è di 35 euro lordi onnicomprensivi da liquidarsi dietro presentazione della relative fattura da parte del prestatore d'opera.

L'impegno è da definirsi con il Direttore della struttura di assegnazione in funzione alle necessità.

E' richiesta polizza assicurativa ontro gli infortune, RCT e per colpa grave.

#### NORME FINALI

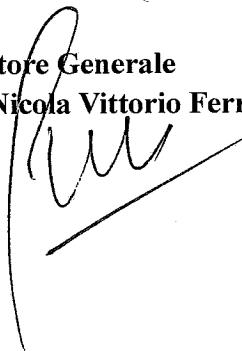
Con la partecipazione alla manifestazione di interesse a implicita l'accettazione senza riserve al presente avviso e di tutte le clausole previste.

L'Azienda si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte il presente bando o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti e/o i graduati possano sollevare eccezioni, diritti o pretese e senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli concorrenti, del relativo provvedimento.

LA PRESENTE AZIENDA RIBADISCE CHE IL PRESENTE AVVISO VIENE INDETTO, AI SENSI DEL D.L. N.14/2020 E DELLA SUCCESSIVE LEGGE N.27/2020, PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA COVID-19, AL FINE DI RECLUTARE PERSONALE SANITARIO E TECNICO CON ASSOLUTAURGENZA.

PERTANTO I CANDIDATI IDONEI A CUI SARA' CONFERITO L'INCARICO DOVRANNO ASSICURARE LA PRESA DI SERVIZIO IMMEDIATA E LA MANCATA PRESENTAZIONE DEGLI STESSI ALLA DATA STABILITA COMPORTERA' LA CANCELLAZIONE DALL'ELENCO DEGLI IDONEI.

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**





**MANIFESTAZIONE AVVISO EMERGENZA COVID-19**

**Deliberazione n° 171 del 19/3/2020**

**PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA**

Il/La\_sottoscritto/a.....

nato/a.....(Prov:.....) il.....e\_residente alla  
via..... (Prov.....)

codice fiscale:.....

tel.....

cellulare e mail:.....

Pec:.....

- **MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO;**
- **CHIEDE, in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID-19, di partecipare nell'ambito della seguente disciplina:**
  - Anestesia e Rianimazione
  - Pneumologia
  - Medicina di accettazione ed urgenza
  - Farmacia

Allega:

- Dichiarazione ai sensi del dpr 445/2000 di essere medico in quiescenza di cui all'art.1 comma 6 del D L. 14/2020.
- Curriculum Vitae
- Copia documento di riconoscimento

LUOGO e DATA

IN FEDE



**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**“SAN PIO” - BENEVENTO**  
**di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione**  
**DEA di II Livello**

All'Azienda San Pio  
via dell'Angelo 1  
820100 Benevento

OGGETTO: domanda di partecipazione per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo di cui alla deliberazione n-----, ai sensi dell'Art. 1 comma 6 del D.L.gs. 14/2020 e della legge del 27/2020

Il/La sottoscritto/a-----

■ **medico specializzato nella disciplina di-----**

■ **in quiescenza dal----- che non ha ancora compiuto il 70° anno di età;**

chiede di partecipare all'avviso di manifestazione d'interesse di cui sopra.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato/a a ----- il ----- e di risiedere attualmente a -----  
----- in Via ----- n.-----;
2. di essere in possesso della cittadinanza -----;
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di -----(1);
4. di avere il seguente codice fiscale-----(2);
5. di non avere riportato condanne penali -----(3);
6. di non avere procedimenti penali in corso-----(4);
7. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

a) laurea in medicina e chirurgia conseguita il ----- presso

b) specializzazione in -----conseguita il

----- presso -----;

8) di essere iscritto all'albo.

---

**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**SAN PIO**  
Via dell'Angelo , 1- Benevento C.F. 01009760628

**Presidio Ospedaliero “Gaetano Rummo”**  
Via dell'Angelo, 1 – 82100 Benevento  
Tel. 0824 57111

**Presidio Ospedaliero “Sant’Alfonso Maria dei Liguori”**  
Contrada San Pietro – 82019 Sant’Agata dei Goti  
Tel. 0823 313111

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati, ex D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti; **allega altresì curriculum formativo e professionale datato e firmato e copia non autenticata di un valido documento di identità.**

**Recapiti personali del candidato:**

e-mail-----

PEC-----

telefono-----

eventuale domicilio (se diverso da residenza)-----

-----

Data-----

-----  
(firma)

-----  
Note:

- (1) è richiesta cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.
- (2) In caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
- (3) In caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.
- (4) In caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN PIO**

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628

**Presidio Ospedaliero "Gaetano Rummo"**  
Via dell'Angelo, 1 – 82100 Benevento  
Tel. 0824 57111

**Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria dei Liguori"**  
Contrada San Pietro – 82019 Sant'Agata dei Goti  
Tel. 0823 313111