



**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO
LIBERO PROFESSIONALE A TRE MEDICI CONVENZIONATI**

In esecuzione della deliberazione del Consiglio Direttivo di Avis del Trentino Equiparata Regionale di data 20 novembre 2018 è indetto avviso di selezione pubblica per il conferimento di un incarico libero professionale a medico per lo svolgimento di visite mediche di idoneità alla donazione durante la raccolta sangue, visita di idoneità agli aspiranti donatori e/o reingresso di soci sospesi; valutazione ai fini dell'idoneità alla donazione esami di laboratorio ed esami strumentali eseguiti in concomitanza alla donazione; assistenza al donatore in sala e al ristoro in caso di eventi avversi; acquisizione e mantenimento delle competenze di accreditamento secondo i protocolli del SIT, APSS Trento.

Per l'affidamento dell'incarico sono richiesti i seguenti requisiti:

- a) laurea magistrale in Medicina e Chirurgia – classe delle lauree magistrali LM-41
ovvero
laurea specialistica in Medicina e Chirurgia – classe delle lauree specialistiche 46/S
ovvero
laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento)
- b) iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi
- c) accreditamento da parte del Direttore del Servizio Immuno Trasfusionale di Trento

I requisiti, tranne il punto c) come sotto specificato, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine previsto dal presente avviso per la presentazione delle domande di partecipazione, fatto salvo i seguenti casi:

- l'iscrizione all'albo professionale può essere conseguita oltre il termine di scadenza per la presentazione delle domande, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo prima dell'inizio dell'attività;
- l'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio dell'attività.
- l'accREDITAMENTO da parte del Direttore del SIT potrà essere conseguito prima dell'inizio dell'attività.

L'incarico avrà durata di un anno con previsione di 1-2 accessi settimanali di 4/5 ore cadauno per lo svolgimento di un totale di 25-30 visite per ogni accesso.

Per lo svolgimento dell'attività sarà corrisposto un compenso orario onnicomprensivo di € 50,00.

All'atto del conferimento dell'incarico il professionista dovrà:

- non trovarsi in situazione di inconferibilità per condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione);
- non avere rapporti di lavoro subordinato, in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- non avere situazioni di conflitto di interesse, ai sensi del Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ed anagrafe degli incarichi e, in particolare:
 - non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di Enti/strutture sanitarie e socio-sanitarie (pubbliche o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di società che intrattengono rapporti contrattuali con l'APSS in materia di lavori, servizi o forniture, o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; di essere a conoscenza che qualora i suddetti rapporti contrattuali, si instaurino successivamente alla data della presente dichiarazione, il sottoscritto ha il dovere di darne comunicazione all'APSS;
 - svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall'APSS

Il presente incarico è compatibile con i rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;

Come stabilito dalla legge n. 148 del 14 settembre 2011, il professionista prima dell'inizio dell'attività dovrà provvedere a stipulare apposita assicurazione per la copertura dei danni eventualmente causati a terzi dando comunicazione all'Avis ed all'Azienda degli estremi di polizza (tale obbligo assicurativo è entrato in vigore con decorrenza 14.08.2014).

Il professionista, se non già titolare di P.IVA, dovrà provvedere all'apertura della stessa prima dell'inizio dell'attività libero professionale.

CONTENUTO DELLA DOMANDA

La domanda, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, deve contenere:

a) nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, N. P. IVA, residenza ed eventuale diverso recapito, recapiti telefonici ed indirizzo di posta elettronica presso il quale verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura. L'Avis non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dello stesso, né per eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore;

b) la dichiarazione puntuale del possesso di tutti i requisiti, tranne il punto c) suddescritto, prescritti per il conferimento dell'incarico;

Alla domanda dovranno essere allegati:

- documento d'identità fronte e retro;
- **curriculum vitae in formato pdf (non da scansione)**, aggiornato e completo. Il curriculum vitae del soggetto incaricato sarà pubblicato sul sito internet associativo insieme alla dichiarazione circa lo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti del terzo settore regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione. Si richiede pertanto di redigere il curriculum vitae secondo il modello europeo **senza riportare dati personali eccedenti** (es. residenza, numeri telefonici, fotografie, luogo di nascita) non rilevanti ai fini del conferimento dell'incarico (indirizzi e recapiti telefonici sono invece da riportare sul modello di domanda) e **senza firma** autografa.

AUTOCERTIFICAZIONI

I certificati possono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Il candidato dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e negli eventuali documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie degli eventuali documenti prodotti.

L'Avis può procedere a verifiche a campione delle dichiarazioni rese.

TERMINE E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione **scade il giorno 15/02/2019**.

La domanda, unitamente al curriculum vitae redatto secondo le modalità riportate nella sezione del presente avviso denominata "Contenuto della domanda" e alle altre dichiarazioni obbligatorie, è redatta in carta semplice, utilizzando il modello allegato al bando e scaricabile dal sito <http://avistrentino.org/it/>.

La domanda deve essere datata e firmata e presentata **obbligatoriamente** secondo la seguente modalità:

- **tramite Posta Elettronica Certificata (PEC)** esclusivamente all'indirizzo equiparata.regionale@pec.avistrentino.it avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta in formato PDF, di non zippare i file, di non superare i 20 MB (se necessario si invita ad effettuare più trasmissioni). Ai fini dell'ammissione farà fede la data dell'invio della PEC.

Non saranno valide le domande pervenute esclusivamente in formato cartaceo.

SCelta DEI PROFESSIONISTI CUI CONFERIRE L'INCARICO

La scelta del professionista cui conferire l'incarico avverrà attraverso la valutazione dei curricula da parte di un'apposita commissione di esperti, composta da:

- *Presidente dell'Avis del Trentino, con funzioni di presidente – o suo delegato;*
- *Vicepresidente dell'Avis del Trentino;*
- *Segretario dell'Avis del Trentino;*
- *Tesoriere dell'Avis del Trentino;*
- *Direttore Sanitario dell'Avis del Trentino;*

Alla valutazione seguirà un colloquio volto alla verifica/approfondimento delle competenze ed esperienze di ciascuno in relazione all'incarico da ricoprire.

La data e l'ora del colloquio verranno comunicate tramite i recapiti indicati nella domanda con un preavviso minimo di 2 giorni.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali è improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento Ue 2016/679. Ai sensi degli artt. 13 e 14, Regolamento Ue 2016/679, nella presente informativa sono riportate le indicazioni dell'Associazione Volontari Italiani Sangue (Avis) del Trentino relative al trattamento dei dati personali nell'ambito delle procedure selettive per le finalità di seguito indicate.

I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Avis ed in particolare per finalità connesse alla gestione di procedure selettive, così come disciplinate dalla normativa nazionale, provinciale e dalla contrattazione collettiva.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.

I dati personali potranno essere comunicati all'APSS, direttamente interessata allo svolgimento della selezione ed all'utilizzo della graduatoria, per avviare le procedure di accreditamento da parte del SIT.

Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, i dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, secondo le modalità previste dal D.P.R. 445/2000.

Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici atti a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopra citate, da personale dipendente (in particolare da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti), nonché dalla Commissione esaminatrice. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per Avis, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento Ue 2016/679.

È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

I dati personali saranno conservati per il tempo di durata della graduatoria o del rapporto di convenzione con Avis.

I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.

L'interessato può richiedere l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Avis del Trentino con sede legale in via Sighele n. 7 – 38122 – Trento, a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere i sopra citati diritti tramite l'Ufficio di segreteria – tel. 0461/916173 – avis.trento@avis.it.

I dati di contatto dei Responsabili del trattamento dei dati personali e della protezione dei dati personali dell'Avis, a cui l'interessato può rivolgersi per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali, sono contattabili ai seguenti: via Sighele n. 7 – 38122 – Trento – avis.trento@avis.it.

La partecipazione al colloquio implica il consenso del candidato alla pubblicazione sul sito internet aziendale dei dati professionali contenuti nella domanda di partecipazione e nella documentazione allegata.

Per informazioni rivolgersi all'Avis del Trentino – tel. 0461/916173.

Trento,

Il Presidente

(Franco Valcanover)

Avis Del Trentino Equiparata Regionale
Via Sighele, 7
38122 TRENTO (TN)

Il/La sottoscritto/a		
nato/a a		prov. il
residente in via		
C.A.P.	Città	prov.
domicilio (se diverso dalla residenza):		
via	n.	
C.A.P.	città	prov.
numero telefono		numero cellulare
CODICE FISCALE:		
P. IVA:		

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A TRE MEDICI CONVENZIONATI

e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHIARA DI:

essere nato/a a	prov.	Il
(dichiarazione obbligatoria)		
aver subito condanne che comportino l'interdizione perpetua dei pubblici uffici		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
(barrare la casella interessata)		
se SI, indicare quali:		

(dichiarazione obbligatoria)		
aver subito condanne che comportino l'interdizione temporanea dei pubblici uffici		

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)	
se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)	
(dichiarazione obbligatoria)	
essere in possesso della laurea in _____ presso _____ in data _____ sita in _____ <i>ovvero</i> avere conseguito con punteggio/valutazione _____ il titolo di _____ in data _____ nello Stato di _____ dichiarato equipollente al titolo richiesto di _____ con decreto di data _____ rilasciato da _____	conseguita con il punteggio di _____
(dichiarazione obbligatoria)	
essere in possesso della seguente SPECIALIZZAZIONE : Disciplina _____ conseguita con il punteggio _____ in data _____ presso l'Università di _____ frequenza dal _____ al _____ durata legale del corso _____	
essere iscritto all' albo dell'ordine dei medici della Provincia/città di _____ dal _____ N° di iscrizione _____	
avere prestato ATTIVITÀ PROFESSIONALE con <u>rapporto di lavoro subordinato</u> in qualità di: Profilo Professionale _____ disciplina: _____ dal _____ al _____ con rapporto a tempo: <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato tipologia: <input type="checkbox"/> definito <input type="checkbox"/> pieno <input type="checkbox"/> parziale al _____% per ore _____ settimanali presso: (Azienda Sanitaria, privati accreditati) _____ di (località) _____ via _____	
(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione duplicando il riquadro ad ogni variazione)	
aver svolto le seguenti ATTIVITÀ PROFESSIONALI (con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato) qualificanti e specifiche rispetto al posto da coprire: Profilo Professionale _____ disciplina: _____ dal _____ al _____ tipo di rapporto di lavoro (libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio) _____ con orario assimilabile al tempo: <input type="checkbox"/> pieno <input type="checkbox"/> parziale al _____% per ore _____ settimanali (in alternativa) ore totali _____ presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, ecc.) _____ di (località) _____ via _____	

(duplicare il riquadro per ogni periodo)	
<input type="checkbox"/> non trovarsi in situazione di inconferibilità per condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione)	
di avere i seguenti rapporti di lavoro in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:	
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> (se sì, specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura):	
di avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;	
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> (se sì specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura):	
non avere situazioni di conflitto di interesse e, in particolare:	
<input type="checkbox"/> non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di Enti/strutture sanitarie e socio-sanitarie (pubbliche o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale; <input type="checkbox"/> non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di società che intrattengono rapporti contrattuali con l'Avis e l'APSS in materia di lavori, servizi o forniture, o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; di essere a conoscenza che qualora i suddetti rapporti contrattuali, si instaurino successivamente alla data della presente dichiarazione, il sottoscritto ha il dovere di darne comunicazione all'Avis;	
svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall'APSS di Trento:	
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> se si specificare quali.....	
essere dipendente di un Pubblica amministrazione	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)	
se SI, indicare quale:	
essere collocati in quiescenza	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)	
se SI, indicare con quale decorrenza:	
<i>(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)</i>	

indicare l'indirizzo di posta elettronica presso il quale verrà effettuata ogni comunicazione relativa alla presente procedura come previsto dall'avviso di selezione:

.....
L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dello stesso, né per eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Allega alla presente domanda:

- curriculum vitae aggiornato e completo;
- copia di un documento d'identità.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie dei documenti prodotti.

In caso di spedizione dovrà essere allegata copia di un documento di identità personale in corso di validità.

Luogo e data

FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO