

**AVVISO PER CONFERIMENTO DI N. 3 INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO U.O.C. DI
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE**

RIF. 3 2022

E' INDETTO

Avviso di selezione per titoli e colloquio per n. 3 medici specialisti in otorinolaringoiatria in possesso di comprovata esperienza per la UOC di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale IRE-IFO ai sensi dell'art. 7 comma 6 del d.lgs. 165/2001 e smi e del regolamento aziendale in materia di conferimento degli incarichi di collaborazione esterna, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 972 del 23.11.2017;

L'Avviso è rivolto ai soli professionisti NON DIPENDENTI DI AZIENDE PUBBLICHE ED ENTI ed in possesso di PARTITA IVA.

Per le prestazioni erogate sarà previsto un importo quadrimestrale lordo onnicomprensivo ciascuno pari ad € 9.024,92.

La durata dei contratti per le attività "abbattimento liste di attesa" è di quattro mesi.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza dell'avviso di selezione fissata al: 4/5/2022

L'importo verrà corrisposto a seguito di valutazione ed attestazione dell'attività svolta dal professionista previa emissione di regolare fattura elettronica.

L'incarico, conferito ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 30/03/2001 n. 165, come modificato ed integrato, avrà la natura di lavoro autonomo e non comporterà per l'Azienda alcun vincolo di dipendenza e/o subordinazione.

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

- Titolo di studio: Laurea in Medicina e Chirurgia ;
- Specializzazione in Otorinolaringoiatria;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici;

Competenze specifiche richieste:

- conoscenza della patologia oncologica del distretto testa-collo;
- conoscenza di base dei principali programmi informatici per catalogazione e elaborazione dei dati ai fini clinici.

La comunicazione ai candidati ammessi o esclusi verrà effettuata all'indirizzo PEC indicato dagli stessi nell'allegato 1.

Per partecipare all'avviso i candidati dovranno presentare la seguente documentazione:

- Domanda di partecipazione, datata e firmata, redatta in carta semplice (fac simile Allegato 1);
- Curriculum vitae, datato e firmato;
- Dichiarazione di insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità (fac simile Allegato 2);
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Alla valutazione comparativa delle domande, che avrà quale criterio di valutazione la esperienza professionale attinente l'incarico da conferire, desumibile anche dal Curriculum formativo professionale, effettuata dalla commissione così composta:

Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato – Presidente

Direttore UOC di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico - Facciale o suo delegato -Componente;

Dirigente Medico UOC di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico - Facciale o suo delegato –
Componente

Collaboratore Amministrativo Prof.le e/o Assistente Amministrativo, - Segretario

seguirà un colloquio conoscitivo dei candidati ritenuti idonei ad una prima valutazione curriculare, che verterà su argomenti attinenti all'incarico da conferire, teso ad accertare la capacità del candidato a lavorare in autonomia.

Il punteggio complessivo della procedura comparativa è di 50 punti di cui max punti 20 per i titoli e 30 punti per il colloquio.

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice, sottoscritta senza autenticazione e munita della fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, dovrà contenere tutte le dichiarazioni prescritte ed essere inviata entro il termine previsto dal presente avviso tramite posta elettronica certificata, con tutte le dichiarazioni prescritte in un unico file in **formato pdf** all'indirizzo risorseumane@cert.ifo.it

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura verranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 30/06/03 n. 196 e del Reg U.E. 2016/679 e smi. La presentazione della domanda di partecipazione implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura dell'Ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle relative procedure.

L'I.F.O. si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare in tutto o in parte la presente procedura.

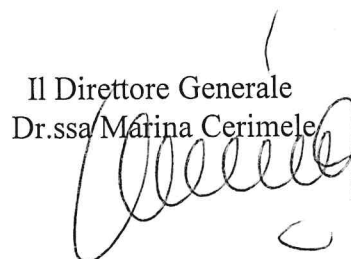
Il presente avviso sarà pubblicato nel sito web istituzionale aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente", e nella sottosezione "Concorsi e avvisi pubblici".

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla UOC Risorse Umane - Tel. 06/52665064

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Ermete Gallo



Il Direttore Generale
Dr.ssa Marina Cerimele



Allegato 1

Al Direttore Generale dell'IFO
Via Elio Chianesi, 53
00144 ROMA

__1__ sottoscritt _____ chiede di essere ammesso __ all'

(Cognome Nome)

AVVISO DI SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER CONFERIMENTO DI N. 3 INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO U.O.C. DI OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la presente domanda, le clausole ivi contenute;
2. di essere nat il ___ / ___ / ___ a _____
C.F. _____;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (con adeguata conoscenza della lingua italiana D.P.C.M. 7.02.1994 n. 174);
4. di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza/provenienza, ovvero di non godere di tali diritti per il seguente motivo _____
(Sono fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti e le disposizioni dell'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001, così come modificate e introdotte dall'art. 7, della L. n. 97/2013)
5. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
6. di avere/non avere riportato condanne penali (2) e di non avere procedimenti penali in corso;
7. di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito in data ___ / ___ / ___ presso _____;
8. di essere in possesso della seguente specializzazione: _____;
9. di essere iscritto all'albo _____ a decorrere dal ___ / ___ / _____;
10. di non prestare servizio presso Pubbliche Amministrazioni e di essere/non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso la Pubblica Amministrazione (3);
11. di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura dell'Avviso e degli adempimenti conseguenti;
12. di impegnarsi all'osservanza del Codice etico aziendale, del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Piano triennale per la trasparenza (tutti pubblicati sul sito aziendale), pena la risoluzione del rapporto contrattuale/convenzionale di lavoro;
13. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità (vedi allegato n. 2);
14. di impegnarsi, altresì, alla osservanza della **Clausola anti pantouflage** (art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 42 della l. n. 190/2012)

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____
_____ Telefono _____ Cellulare _____ PEC _____

Si allegano:

- Curriculum vitae datato e firmato
- Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità:

Tipo _____ n. _____ rilasciato in data ____/____/____

da _____

Luogo, _____

Data ____/____/____

(firma intera e leggibile)

-
- (1) In caso affermativo indicare il Comune e in caso negativo i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
 - (2) In caso affermativo specificare quali;
 - (3) In caso affermativo specificare la denominazione dell'Ente, la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione;

Allegato 2

MODELLO DICHIARAZIONI COLLABORATORI, PROFESSIONISTI E CONSULENTI

Il/la sottoscritto/a _____ CF _____
nato/a il _____, residente in _____
in relazione all'incarico di LAVORO AUTONOMO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI NELLA
DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA da stipularsi con gli IFO consapevole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000

DICHIARAZIONE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA'

Dichiaro:

- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal D.Lgs. 39/2013 ed in particolare in quelle di cui all'art. 3 (inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione), all'art. 4 (inconferibilità di incarichi nelle amministrazioni statali);
- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013 per aver rilasciato dichiarazioni sostitutive mendaci;

DICHIARAZIONE INCARICHI/CARICHE RICOPERTE ED ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Dichiaro ai sensi dell'art.15, commi 1 e 2 del D.Lgs. 33/2013:

- di:
 - non ricoprire
 - ricoprire le seguenti **cariche o incarichi presso enti di diritto privato** regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Carica/Incarico	Ente	Periodo (data inizio/cessazione)	Compensi a qualsiasi titolo corrisposti

- di:
 - non svolgere
 - svolgere le seguenti attività professionali

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Dichiaro infine:

- di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'attività svolta, e di impegnarmi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art. 20, co. 2, D.Lgs. 39/2013, e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione degli IFO, condividendone e osservandone i principi generali e i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione, presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale degli IFO

Luogo, _____

Data, _ / _ / _____

Firma _____