

AVVISO

DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO DI LAVORO AUTONOMO PER MESI DODICI (RINNOVABILI) A UN MEDICO NEUROSONOLOGO (ESPERTO IN ECOCOLORDOPPLER VENOSO INTRA-EXTRACRANICO) PER L'ISPEZIONE DEI VASI EPIAORTICI E DEL CIRCOLO INTRACRANICO DA ASSEGNARE AL PROGETTO SPERIMENTALE VALUTAZIONE CLINICA METODO "RIMA" IN PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA IN TERAPIA FARMACOLOGIA CON DMTS.

In esecuzione della delibera n. del ,

È INDETTA

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO DI LAVORO AUTONOMO PER MESI DODICI (RINNOVABILI) A UN MEDICO NEUROSONOLOGO (ESPERTO IN ECOCOLORDOPPLER VENOSO INTRA-EXTRACRANICO) PER L'ISPEZIONE DEI VASI EPIAORTICI E DEL CIRCOLO INTRACRANICO DA ASSEGNARE AL PROGETTO SPERIMENTALE VALUTAZIONE CLINICA METODO "RIMA" IN PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA IN TERAPIA FARMACOLOGIA CON DMTS.

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle vigenti leggi;
- Idoneità fisica all'impiego;
- Godimento dei diritti civili e politici;
- Non aver subito condanne penali relative a reati contro la pubblica amministrazione;
- Non essere stato destituito o dispensato all'impiego presso una Pubblica Amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

- a) Laure in Medicina e Chirurgia;

- b) Iscrizione Ordine dei Medici;
- c) Comprovata esperienza in “Neurosonologia” tecnica non invasiva di neuroimaging per l’ispezione dei vasi epiaortici e del circolo intracranico.

I requisiti generali e specifici devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA ORDINE DI PRECEDENZA

- avrà precedenza il professionista con anzianità maggiore di iscrizione all’Ordine dei Medici;

MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande devono essere redatte utilizzando esclusivamente il modello allegato al presente avviso e devono essere corredate del curriculum formativo e professionale, redatto in forma di autocertificazione e della copia di un documento di identità.

Le domande vanno indirizzate al Direttore Generale della ASL Salerno ed inoltrate esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica: **protocollogenerale@pec.aslsalerno.it** entro e non oltre **sette giorni** dalla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio online della ASL Salerno - Sezione Avvisi e Concorsi - pagina "Avvisi". È esclusa ogni altra forma di presentazione delle domande.

AMMISSIBILITÀ DELLE DOMANDE

Le domande pervenute saranno esaminate dal responsabile del progetto ai fini dell'accertamento dei requisiti di ammissibilità.

Saranno ammessi tutti coloro in possesso dei requisiti previsti dall'avviso.

FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

L'UFFICIO PROCEDERÀ SULLA SCORTA DEI CRITERI SI CUI SOPRA ALLA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA DI MERITO

OGGETTO DELLA PRESTAZIONE – ORARIO DI LAVORO

- ❖ La figura professionale dovrà garantire almeno una presenza settimanale per almeno 4 ore presso il PO di Battipaglia dove si svolgeranno le attività ambulatoriali coordinate dal p.i. Dott. Vincenzo Busillo della ASL Salerno – Neurologia del PO di Eboli;
- ❖ Il compenso mensile, corrisposto al professionista, omnicomprensivo è di euro 600,00 per la durata dei 12 mesi (rinnovabile) .
- ❖ La tipologia contrattuale è a partita iva;

NORME FINALI

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

La presentazione della domanda alla presente manifestazione di interesse non fa sorgere, in capo ai candidati, diritti o pretese di sorta.

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.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Si precisa che, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà, nei confronti degli idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive eventualmente rese. Qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dall'eventuale incarico conseguito sulla base della documentazione suddetta.

Si sottolinea che tutte le informazioni (requisiti specifici di ammissione, titoli di carriera ed esperienze professionali e formative) di cui sopra, dovranno essere indicate in modo preciso ed esaustivo in quanto si tratta di dati sui quali verrà effettuata la verifica del possesso dei requisiti per la partecipazione all'avviso, degli eventuali titoli di preferenza o di riserva dei posti, nonché la valutazione dei titoli.

Si tratta di una dichiarazione resa sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445. I rapporti di lavoro/attività professionali in corso possono essere autocertificati limitatamente alla data in cui viene compilata la domanda (quindi, in caso di servizi ancora in corso, nel campo corrispondente alla data di fine rapporto il candidato deve inserire la data di compilazione della domanda).

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali richiesti saranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali di cui alla presente procedura, in applicazione della normativa di cui al D. Lgs. 196/2003, così come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 2016/679.

Il Dirigente Amministrativo
Settore Giuridico
Dr. Giovanni ANGIONE

Il DIRETTORE U.O.C.
Gestione Risorse Umane
Dr.ssa Francesca MORELLI

Il Direttore Generale
Ing. Gennaro SOSTO

DIRETTORE
GENERALE AZIENDA
SANITARIA LOCALE
SALERNO VIA
NIZZA, 146 84124
SALERNO

Il/la sottoscritto _____ C.F. _____
_____ nat. _____ il _____ a _____

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

finalizzato al conferimento di incarico di lavoro autonomo per dodici mesi con un impegno di almeno 4 ore settimanali, a Medici con comprovata esperienza in "neurosonologia" pubblicato in data _____ sul sito Web Aziendale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

DICHIARA

- ✓ di essere nat a _____ prov. _____ il _____
- ✓ _____ di risiedere a _____ prov. _____, via _____ n. _____
- ✓ _____ C.A.P. _____

- ✓ di essere _____ in possesso della cittadinanza italiana

OVVERO:

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana

- ✓ cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E.
- ✓ cittadinanza del seguente Stato _____

e/o il possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D. Lgs.vo 165/2001 e s.m.i.;

SOLO PER COLORO CHE POSSIEDONO UNA CITTADINANZA DIVERSA DA QUELLA ITALIANA:

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
- di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

- ✓ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- ✓ di non essere iscritto nelle liste elettorali per le seguenti motivazioni _____
- ✓ di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto per l'ammissione al concorso;
- ✓ diploma di laurea _____
- ✓ di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____

OVVERO:

- ✓ **diplomi e Attestati o titoli**, riconosciuti equipollenti al diploma di cui sopra, ai sensi delle vigenti disposizioni in _____;
- ✓ **Di essere in possesso di comprovata esperienza in “neurosonologia”**
- ✓ di essere iscritto nell'Albo Professionale Ordine dei Medici di: _____
in data _____;
- ✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;
- ✓ di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- ✓ di aver subito le seguenti condanne penali _____
- ✓ di aver i seguenti procedimenti penali in corso: _____
- ✓ di essere in possesso dei requisiti specifici previsti dal bando:
- ✓ di essere, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione: _____
- ✓ **DI NON ESSERE DIPENDENTE** di Asl e/o Enti del SSR e della Pubblica Amministrazione;
di aver stipulato apposita polizza assicurativa come previsto dall'avviso;
- ✓ di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente Avviso di selezione.
- ✓ di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente Avviso: Sig./Sig.ra _____

via _____ n.
_____ C.A.P. _____ comune _____
prov. _____ cell. _____ e-mail _____

N.B.: i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla ASL SALERNO, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

..... li,
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____ rilasciato il
_____ da _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D.Lgs.vo 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.