

AVVISO PUBBLICO

Oggetto: EMERGENZA COVID-19 - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA A **MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI** PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MATER DOMINI" DI CATANZARO.

PREMESSO che l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro è stata individuata quale Centro di riferimento della Regione Calabria per la diagnostica e cura del COVID – 19 e che pertanto è necessario, in virtù dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, adottare tutte le misure necessarie per far fronte alla emergenza assumendo unità di personale sanitario;

VISTA la L. n. 77 del 17/04/20 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 con la quale le Aziende Sanitarie, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, sono state autorizzate a reclutare il personale sanitario necessario;

ATTESA la necessità inderogabile di adottare misure urgenti affinché questa Azienda possa garantire l'assistenza necessaria ai pazienti affetti da COVID – 19;

STANTE QUANTO SOPRA

L'Azienda intende indire la presente manifestazione di interesse finalizzata all' eventuale reclutamento di **medici specialisti, specializzandi e laureati** mediante la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa, per implementare temporaneamente e in caso di necessità l'organico presso i reparti destinati alla cura dei pazienti affetti da COVID-19.

Con il personale interessato verrà stipulato un contratto di Collaborazione coordinata e continuativa di 38 ore settimanali con decorrenza immediata e fino al perdurare dello stato di emergenza.

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: ugru@pec.materdominiaou.it** entro le ore **20.00** di giorno 12 novembre 2020.

Alla domanda il candidato dovrà allegare **a pena di esclusione** il proprio curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione e copia del documento di identità.

Qualora il numero delle domande pervenute dovesse risultare superiore alle esigenze si procederà alla formulazione di una graduatoria previa valutazione comparata dei curricula da parte di una Commissione, appositamente nominata dal Commissario Straordinario.

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 e terapia intensiva e del dolore;
 - Malattie dell'apparato respiratorio;
 - Malattie infettive e tropicali;
 - Medicina interna;
 - Malattie cardiovascolare;
 - Medicina d'emergenza urgenza;
 - Radiodiagnostica;

•B) MEDICI CON ALTRE SPECIALIZZAZIONI

- 1) Laurea in medicina e chirurgia;
- 2) Abilitazione all'esercizio della professione medica;
- 3) Iscrizione all'ordine professionale;
- 4) Specializzazione.

•C) 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:
 - a. Anestesia rianimazione e terapia intensiva e del dolore;
 - b. Malattie dell'apparato respiratorio;
 - c. Malattie infettive e tropicali;
 - d. Medicina interna;
 - e. Malattie cardiovascolare;
 - f. Medicina d'emergenza urgenza;
 - g. Radiodiagnostica.

•D) MEDICI SPECIALIZZANDI IN ALTRE SPECIALIZZAZIONI

- 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 diverse da quelle di cui al punto precedente.

•E) 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;



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
"Mater Domini"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

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.

Il conferimento dell'incarico non comporta l'instaurarsi di alcun rapporto di lavoro dipendente con la Pubblica Amministrazione.

Il presente avviso, nonché tutte le comunicazioni inerenti allo stesso, saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Mater Domini www.materdominiaou.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.

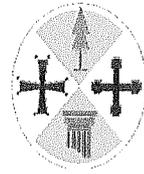
Il Direttore Amministrativo
Dott. Giovanni Stroppa

GIOVANNI
STROPPA
02.11.2020
12:05:20
UTC



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
"Mater Domini"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Fac - simile domanda

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater
Domini" di Catanzaro

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: EMERGENZA COVID-19 MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI RESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MATER DOMINI" DI CATANZARO.

Il/La sottoscritto/a COGNOME.....NOME.....nato/aa.....Il.....codice fiscale.....residente in Via/Piazza.....n.....Città ProvinciaCAP..... recapiti telefonicipec/email.....

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 Dlgs 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
- di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari
(in caso di sanzioni indicare quali)
(sbarrare la voce che interessa)
- di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data
rilasciata dall'Università con la votazione di
- di essere in possesso della specializzazione in
della durata di anni conseguita in data
..... rilasciata dall'Università con la
votazione di
- di essere iscritto alanno del Corso di specializzazione in
.....della durata di
anni.....dell'Università.....
.....
- di essere in possesso di un' ulteriore specializzazione in
.....
della durata di anni conseguita in data
rilasciata dall'Università con la votazione di
.....
- di iscritto all'albo professionale di _____
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari
- di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari
(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)
(sbarrare la voce che interessa)



AZIENDA
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
"Mater Domini"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

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

COGNOME.....NOME

residente in..... Via/Piazza

n..... Città 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 Ospedaliero Universitaria Mater Domini www.materdominiaou.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 quo*.

firma