



## **AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO"**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971-613705 / 612201 fax: 0971-613394

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

---

### **AVVISO PUBBLICO**

**FINALIZZATO AD ACQUISIRE LA DISPONIBILITÀ DI MEDICI SPECIALISTI GIÀ DIPENDENTI PUBBLICI O PRIVATI E COLLOCATI IN POSIZIONE DI QUIESCENZA A SVOLGERE ATTIVITÀ AMBULATORIALE A TITOLO GRATUITO A SUPPORTO DELL'AZIONE MIRATA AL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA NELLE VARIE BRANCHE SPECIALISTICHE DEI VARI PRESIDII OSPEDALIERI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO.**

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 600 del 6.06.2019, è indetto un avviso pubblico finalizzato ad acquisire la disponibilità di medici specialisti già dipendenti di enti pubblici o di aziende private ed attualmente collocati in posizione di quiescenza, a svolgere attività ambulatoriale a titolo gratuito a supporto dell'azione mirata al contenimento delle liste di attesa nelle varie branche specialistiche dei presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo (di seguito AOR).

L'incarico a titolo gratuito avrà durata annuale, in ossequio alla vigente normativa in materia di conferimento di incarichi di collaborazione a soggetti in quiescenza da parte della pubblica amministrazione.

È fatto salvo il rimborso delle spese debitamente documentate per lo svolgimento della collaborazione, previa produzione di idonea documentazione giustificativa.

In nessun caso potrà darsi corso a rimborsi di natura forfettaria.

#### **Incompatibilità**

Non può essere conferito l'incarico in argomento a chiunque si trovi in una qualsiasi situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale, ai sensi della vigente normativa in materia di anticorruzione.

#### **Copertura assicurativa e gestione sinistri**

Al rapporto di collaborazione instaurato in esito alla presente procedura si applica, per quanto compatibile, la copertura assicurativa per il periodo previsto dall'incarico in materia di responsabilità civile verso terzi, nell'ambito del vigente programma assicurativo dei rischi sanitari dell'AOR.

#### **Modalità e termini di presentazione delle istanze**

Le dichiarazioni di disponibilità al conferimento dell'incarico devono pervenire all'Azienda entro le ore 13:00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata.

Le proposte di candidature, redatte secondo lo schema allegato, devono essere recapitate all'AOR San Carlo secondo una delle seguenti modalità:

1. a mezzo del servizio postale, con raccomandata A/R, al seguente indirizzo:  
Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo - via Potito Petrone snc - 85100 POTENZA;
2. consegnate a mano all'Ufficio Protocollo in via Potito Petrone - Palazzina degli Uffici -

Potenza - dal lunedì al venerdì dalle ore 8:45 alle ore 13:45;  
3. a mezzo casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo:  
aosancarlo@cert.ruparbasilicata.it

**Documentazione da allegare:**

I candidati, dovranno allegare alla domanda:

- un documento di riconoscimento legalmente valido;
- un dettagliato curriculum formativo-professionale;

L'Azienda, previa verifica della posizione previdenziale dichiarata dai partecipanti al presente avviso, provvederà a redigere un elenco dei medici in possesso del titolo richiesto ai fini del conferimento dell'incarico di collaborazione a titolo gratuito.

Tutti i dati personali di cui l'amministrazione viene in possesso in occasione di procedure di selezione sono trattati nel rispetto di tutte le prescrizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali, disciplinate dal D. lgs. 196/03, come modificato ed aggiornato dal nuovo decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy (Reg. UE n. 679/2016, GDPR).

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati.

Il rapporto di collaborazione a titolo gratuito si costituisce a seguito di conferimento dell'incarico e conseguente stipula di specifico contratto, il quale regolerà tutti gli aspetti del predetto rapporto, compresa la data di inizio dell'attività ambulatoriale.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente selezione equivale ad accettazione delle condizioni di cui al presente avviso, da intendersi quale lex specialis della presente procedura.

Per tutto quanto non previsto dal presente avviso, si fa riferimento alla normativa vigente in materia di affidamento di incarichi di collaborazione a dipendenti pubblici o privati in quiescenza.

L'Azienda si riserva la facoltà di non conferire l'incarico oggetto della presente procedura.

Per le informazioni necessarie, gli interessati potranno rivolgersi al recapito del Dirigente Responsabile del procedimento, Dott. Davide Falasca, tel. 0971/612201.

La modulistica per la predisposizione della domanda è reperibile sul sito internet aziendale [www.ospedalesancarlo.it](http://www.ospedalesancarlo.it) nella sezione "Concorsi e Avvisi".

Il Direttore Generale  
Dott. Massimo Barresi

AL DIRETTORE GENERALE  
A.O.R. SAN CARLO  
Via Potito Petrone  
85100 POTENZA

**Oggetto:** Avviso pubblico finalizzato ad acquisire la disponibilità di medici specialisti già dipendenti pubblici o privati e collocati in posizione di quiescenza a svolgere attività ambulatoriale a titolo gratuito a supporto dell'azione mirata al contenimento delle liste di attesa nelle varie branche specialistiche dei vari presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo – PROPOSTA DI CANDIDATURA.

I sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ manifesta la propria disponibilità a svolgere  
attività ambulatoriale a titolo gratuito a supporto dell'azione mirata al contenimento delle liste  
di attesa nella branca specialistica di \_\_\_\_\_  
nei seguenti presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo (Potenza,  
Pescopagano, Melfi, Lagonegro, Villa d'Agri):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- 2) di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_;
- 3) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- 4) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
(ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: \_\_\_\_\_);
- 5) di non avere riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali: da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale: \_\_\_\_\_);
- 6) di avere/non avere procedimenti penali pendenti a proprio carico (indicare quali: \_\_\_\_\_), (cancellare la parte che non interessa);

7) di esercitare/non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale (cancellare la parte che non interessa);

8) di essere in possesso dei seguenti titoli:

- laurea in Medicina e Chirurgia \_\_\_\_\_;
- abilitazione all'esercizio della professione \_\_\_\_\_;
- iscrizione all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_
- specializzazione in \_\_\_\_\_ ;

9) di fruire di trattamento di quiescenza dal \_\_\_\_\_;

10) che l'indirizzo di posta elettronica certificata al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente copia di un documento di riconoscimento legalmente valido ed un curriculum formativo e professionale sottoscritto e datato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_