



**SCADENZA: 28/03/2020**

**EMERGENZA COVID -19**

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI – FIRENZE**

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA, PER SOLI TITOLI, PER  
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI  
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI  
Durata massima 6 mesi, prorogabile**

- **MEDICI SPECIALIZZATO O SPECIALIZZANDO ISCRITTI ALL'ULTIMO E AL PENULTIMO ANNO DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE di Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio;**
- **MEDICI IN QUIESCENZA** specializzati nelle discipline di **Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio**
- **PERSONALE DEL COMPARTO IN QUIESCENZA** infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio iscritti ai relativi albi professionali.

AI SENSI DEL DECRETO LEGGE 9 MARZO 2020, N. 14 – EMERGENZA COVID-19

Con delibera del Direttore Generale **n.209 del 23/03/2020** si è disposto, in deroga all'art. 7, comma 6, del D.lgs n° 165 del 2001 e all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, così come consentito dall'art. 1, commi 1 e 6, del D.L. nr. 14 del 09/03/2020, di procedere all'approvazione di un avviso per il reperimento di personale medico iscritto all'ultimo e penultimo anno di specializzazione o in quiescenza e del personale del comparto sanitario in quiescenza, ai sensi del decreto legge 9 Marzo 2020, emergenza COVID-19 e successive modificazioni.

**Il presente avviso è rivolto:**

- 1) a medici iscritti all'ultimo e al penultimo anno delle scuole di specializzazione indicate alla voce "profili professionali";** si fa presente che, ai sensi dell'art. 1 del decreto legge 14/2020, i medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico specialistica, integrato dagli emolumenti previsti dal presente bando; il servizio svolto durante lo stato di emergenza è inoltre riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione, nonché ai fini dell'anzianità utile per le stabilizzazioni di cui all'art. 20, comma 2, del decreto legislativo 75/2017;
- 2) a medici in quiescenza iscritti al competente albo professionale specializzati nelle discipline di Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio, e discipline equipollenti.**
- 3) al personale del comparto in quiescenza iscritti al competente albo professionale** (Ai professionisti collocati in quiescenza non si applica l'incumulabilità tra i redditi di lavoro autonomo ed il trattamento pensionistico di cui all'art. 14, comma 3, del dl n° 4/2019 (quota cento).

**PROFILI PROFESSIONALI DIRIGENZA:** medico specializzato o specializzando all'ultimo e al penultimo anno in **Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio, e discipline equipollenti** e affini ai sensi del D.M. 30/01/1998 e del D.M. 31/01/1998 e ss.mm.ii. Saranno valutate anche eventuali candidature di medici con curriculum formativo e professionale comunque adeguato alle attività da svolgere;

**PROFILI PROFESSIONALI COMPARTO IN QUIESCENZA: infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio iscritti ai relativi albi professionali;**

**DURATA:** massimo mesi sei, prorogabili ove consentito dalle norme COVID qualora perdurasse lo stato di emergenza;

**COMPENSO LORDO ONNICOMPRESIVO:**

**costo orario di €60 lorde per i medici e € 40 lorde ( per medici specializzandi) e € 30 lorde per il comparto**

**IMPEGNO SETTIMANALE** massimo complessivo di 32 ore;

**Corresponsione:** ratei mensili posticipati. In caso di professionisti collocati in quiescenza non si applica l'incumulabilità tra i redditi di lavoro autonomo ed il trattamento pensionistico di cui all'art. 14, comma 3, del dl n° 4/2019 (quota cento).

Gli interessati debbono far pervenire **la propria domanda, redatta secondo lo schema allegato** al presente avviso e corredata di copia non autenticata di un valido documento di identità e di curriculum formativo e professionale, **ESCLUSIVAMENTE** a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo [aoucareggi@pec.it](mailto:aoucareggi@pec.it) **entro 5 giorni** dalla pubblicazione del presente avviso.

La domanda con i relativi allegati deve essere inviata in un unico file in formato PDF, formato A4, di dimensioni non superiori a 8 MB, esclusivamente in bianco e nero e non a colori, unitamente a fotocopia del documento d'identità del candidato. Il messaggio PEC dovrà avere per oggetto: **“Disponibilità COVID medico” oppure “Disponibilità COVID comparto”** (indicare il proprio cognome e nome).

**La valutazione delle domande sarà effettuata dal direttore del Dipartimento Competente**, tenendo conto dell'esperienza maturata complessiva e di una adeguata professionalità. A seguito di quanto sopra verrà redatto un elenco cui poter eventualmente attingere in caso di necessità. L'inserimento nell'elenco non dà diritto a chiamata.

Il conferimento dell'incarico è subordinato al possesso di:

- polizza assicurativa **per rischi derivanti da infortuni e malattie professionali**
- polizza **assicurativa per responsabilità civile per colpa grave**
- **partita IVA;**

In ambedue le polizze deve essere specificato che trattasi di svolgimento di attività autonoma.

### **TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'U.O.C. Amministrazione del Personale dell'A.O.U. Careggi per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati presso una banca dati automatizzata, eventualmente anche successivamente in caso d'instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dal concorso. L'amministrazione si riserva, a suo insindacabile giudizio, ogni facoltà in materia di assegnazione e di trasferimento nonché di disporre la proroga dei termini del bando, la loro sospensione e modifica, la revoca e l'annullamento del bando stesso, senza che per gli aspiranti insorga alcuna pretesa o diritto, ovvero di non procedere alla stipula del contratto con il candidato individuato per mutate esigenze di carattere organizzativo. L'impegno di frequenza non configura né può configurare rapporto di dipendenza con l' Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze.

Per eventuali chiarimenti o informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.O.C. Amministrazione del personale, L.go Brambilla, 3 - Firenze, (tel. 055/794-9092-8116-- E-mail [risorseumane@aou-careggi.toscana.it](mailto:risorseumane@aou-careggi.toscana.it)) dalle ore 11,00 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì.

Si precisa che il testo del presente bando è reperibile sul sito Internet di questa Azienda [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it) alla sezione “concorsi” **PER 5 GG a partire dal 24/03/2020 e pertanto le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, dal 24/03/2020 ed entro il termine perentorio del 28/03/2020. Scadenza 28/03/2020.**

IL DIRETTORE dell'U.O.C.  
AMMINISTRAZIONE del PERSONALE  
(D.ssa Sandra Tazzioli)

**FAC-SIMILE DOMANDA MEDICI**

AL DIRETTORE GENERALE  
dell'A.O.U. CAREGGI  
c/o U.O.C. Amministrazione del  
Personale  
Largo Brambilla n. 3  
50134 – FIRENZE  
ESCLUSIVAMENTE a mezzo posta  
elettronica certificata all'indirizzo  
[aoucareggi@pec.it](mailto:aoucareggi@pec.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale  
.....

presa visione dell'avviso emesso da codesta Azienda con provvedimento del Direttore Generale  
n..... del .....

**CHIEDE  
DI ESSERE AMMESSO/A**

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA, PER TITOLI, PER  
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI DI  
LAVORO AUTONOMO LIBERO PROFESSIONALE**

**Medico – nella disciplina di (barrare):**

- Anestesia e Rianimazione;**
- Medicina Interna;**
- Malattie Infettive;**
- Malattie dell'Apparato Respiratorio**

**Altro (specificare) disciplina equipollente**  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

**medico iscritto all'ultimo/penultimo anno della scuola di specializzazione in  
\_\_\_\_\_ dell'Università di**  
\_\_\_\_\_

**OPPURE**

**medico in quiescenza dal** \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara  
**sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76,  
nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di  
dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_(1);

3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup>;  
4. di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;  
5. di non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_<sup>(3)</sup>;  
6. di non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_<sup>(4)</sup>;  
9. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:  
a) laurea in medicina e chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;  
b) specializzazione in <sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

iscrizione all'albo:  sì :  no

10. di essere stato dipendente dell'Azienda/Ente del SSN..... in qualità di ..... dal ..... al..... e collocato in quiescenza dal .....

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti; **allega altresì curriculum formativo e professionale e copia non autenticata di un valido documento di identità**

**Recapiti personali del candidato:**

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

eventuale domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_

Note:

(1) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(2) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(3) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(4) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(5) non compilare se non in possesso di specializzazione.

## FAC-SIMILE DOMANDA PERSONALE SANITARIO

AL DIRETTORE GENERALE  
dell'A.O.U. CAREGGI  
c/o U.O.C. Amministrazione del  
Personale  
Largo Brambilla n. 3  
50134 – FIRENZE  
ESCLUSIVAMENTE a mezzo posta  
elettronica certificata all'indirizzo  
[aoucareggi@pec.it](mailto:aoucareggi@pec.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale .....

presa visione dell'avviso emesso da codesta Azienda con provvedimento del Direttore Generale n..... del .....

### CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER TITOLI PER  
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI DI  
LAVORO AUTONOMO LIBERO PROFESSIONALE**

**Personale comparto in quiescenza – di (barrare):**

- tecnico di laboratorio;
- tecnico di radiologia;
- infermiere;

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara **sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>;
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup>;
4. di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
5. di non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_<sup>(3)</sup>;
6. di non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_<sup>(4)</sup>;
9. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:  
a) laurea in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

iscrizione all'albo:  sì :  no

10. di essere stato dipendente dell'Azienda/Ente del SSN..... in qualità di ..... dal ..... al ..... e collocato in quiescenza

dal .....

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti; **allega altresì curriculum formativo e professionale e copia non autenticata di un valido documento di identità**

**Recapiti personali del candidato:**

**e-mail** \_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_

**telefono** \_\_\_\_\_

**eventuale domicilio (se diverso da residenza)** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

---

**Note:**

(<sup>1</sup>) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(<sup>2</sup>) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(<sup>3</sup>) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

(<sup>4</sup>) in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.