



**REGIONE MARCHE  
ASUR – AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE**

**AVVISO PUBBLICO  
PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI  
COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA A PERSONALE MEDICO PER  
ATTIVITA' DI VACCINAZIONE E CONTACT TRACING.**

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID-19, si prende atto della crescita della curva epidemiologica che comporta la necessità di risorse disponibili per l'attività di vaccinazione nonché per il contact tracing.

Considerate le numerose cessazioni dei medici in somministrazione, ex art.1, comma 462, legge 178/2020, l'ASUR Marche emette il presente avviso pubblico volto a raccogliere manifestazioni di interesse, al fine di costituire un apposito elenco da cui attingere per far fronte alle contingenti esigenze per le attività di vaccinazione e contact tracing, attraverso il conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. n. 18 del 17.03.2020, convertito con modificazioni della L. n. 27 del 24.04.2020.

Sono ammessi alla presente procedura:

- medici abilitati;
- specializzandi iscritti al penultimo e ultimo anno di corso di specializzazione;
- medici specializzati;
- medici in quiescenza.

**Requisiti specifici:**

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) abilitazione all'esercizio della professione medica;
- c) iscrizione all'ordine professionale;

Sono ammissibili i laureati in medicina e chirurgia, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza previo riconoscimento del titolo.

**TIPOLOGIA DI INCARICO, IMPIEGO E TRATTAMENTO ECONOMICO**

Le Aree Vaste, sulla base del fabbisogno e subordinatamente alla impossibilità di reperire personale con rapporto di lavoro dipendente, potranno conferire incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per la durata dello stato di emergenza di cui alle norme richiamate e comunque per una durata massima di mesi 6, eventualmente prorogabili.

La contrattualizzazione è finalizzata all'attività di vaccinazione e contact tracing.

Ai soggetti contrattualizzati è richiesto un impegno orario settimanale di circa 30 ore da effettuarsi secondo le necessità organizzative della struttura.

Il trattamento economico da corrispondersi è di Euro 40,00/ora onnicomprensivi.

Sono a carico dell'Azienda: la copertura assicurativa INAIL e la copertura assicurativa per responsabilità professionale/civile verso terzi, fatta eccezione della colpa grave.

## **PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE**

Le candidature, redatte in carta semplice secondo lo schema allegato (ALLEGATO A), vanno presentate mediante l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: *asur@emarche.it*

Nell'oggetto dovrà essere indicato nome e cognome e la dicitura "avviso pubblico per manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa a personale medico per attività di vaccinazione e contact tracing"

Alla domanda devono essere allegati:

- a) un curriculum formativo e professionale;
- b) una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

L'ASUR procederà al conferimento degli eventuali incarichi dei candidati in possesso dei requisiti, sulla base dell'ordine di arrivo delle domande e delle necessità legate allo stato dell'emergenza.

L'Ente prima dell'attivazione dell'incarico procederà all'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica con visita medica preventiva in fase preassuntiva ai sensi dell'art. 41, lett. e-bis D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il candidato dovrà dichiarare la disponibilità ad un tempestivo conferimento dell'incarico nonché flessibilità a operare nelle sedi di lavoro che verranno di volta in volta individuati per soddisfare le contingenti necessità.

## **SCADENZA**

Il presente avviso rimane attivo per la durata dello stato di emergenza connesso all'epidemia COVID-19 e sino a copertura delle necessità legate all'emergenza.

Gli elenchi derivanti dalla presente procedura andranno a sostituire elenchi già formulati in relazione a precedenti avvisi.

## **NORME FINALI**

L'ASUR si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere, revocare o annullare il presente avviso in tutto o in parte, a suo insindacabile giudizio, qualora ne rilevasse la necessità ed opportunità per ragioni di pubblico interesse, escludendo per i candidati qualsiasi pretesa o diritto.

È condizione risolutiva del contratto individuale, senza l'obbligo di preavviso, l'annullamento della presente procedura, facendo salvi gli effetti economici derivanti dal rapporto di lavoro prestato fino al momento della risoluzione.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei concorrenti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.

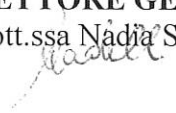
Per quanto non espressamente previsto nel presente avviso, valgono le norme di cui alla vigente normativa legislativa e contrattuale, per quanto compatibile.

Ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm. si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della presente procedura.

Per informazioni relative alla presentazione della domanda è possibile contattare l'Area Dipartimentale Politiche del Personale ai seguenti numeri: 071-2911655/543/665/666/629.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Nadia Storti



**ALLEGATO A – AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL  
CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E  
CONTINUATIVA A PERSONALE MEDICO PER ATTIVITA' DI VACCINAZIONE E  
CONTACT TRACING**

**Al Direttore Generale dell'ASUR Marche  
Via Oberdan 2  
60122 Ancona**

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere disponibile al conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ex art. 2bis D.L. 18/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 27/2020, presso le seguenti Aree Vaste dell'ASUR:

- Area Vasta n. 1
- Area Vasta n. 2
- Area Vasta n. 3
- Area Vasta n. 4
- Area Vasta n. 5

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata  
\_\_\_\_\_, a cui verranno inviate tutte le  
comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici: \_\_\_\_\_;

4. di possedere (*barrare con una X la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti*):

- la cittadinanza italiana;
- la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);
- la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

- la cittadinanza \_\_\_\_\_ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;
- lo status di rifugiato \_\_\_\_\_ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;  
**ovvero**  
di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_ ;  
**ovvero**  
di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi) \_\_\_\_\_ ;

6. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

**ovvero**  
di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ ;  
**ovvero**  
di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico \_\_\_\_\_ ;

7. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

8. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale oggetto dell'avviso;

9. di essere in possesso dei seguenti titoli (*barrare con una X la casella corrispondente alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti*):

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_

Abilitazione all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ anno/sessione \_\_\_\_\_ ;

**ovvero**  
 di essere iscritto all'ultimo anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (durata legale anni \_\_\_\_\_ - data presunta di conseguimento della specializzazione \_\_\_\_\_) e, conseguentemente, si impegna a comunicare, mediante apposita autocertificazione, il conseguimento della specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo al seguente indirizzo di P.E.C.: [asur@emarche.it](mailto:asur@emarche.it)

**ovvero**  
 di essere iscritto al penultimo anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (durata legale anni \_\_\_\_\_ - data presunta di conseguimento della specializzazione \_\_\_\_\_) e, conseguentemente, si impegna a comunicare, mediante apposita autocertificazione, il conseguimento della specializzazione richiesta dal bando, specificando la data e il luogo al seguente indirizzo di P.E.C.: [asur@emarche.it](mailto:asur@emarche.it)

**ovvero**  
 di essere/non essere libero professionista con partita IVA;

di essere collocato in quiescenza dal \_\_\_\_\_ già dipendente di \_\_\_\_\_ con la qualifica \_\_\_\_\_ e disciplina di \_\_\_\_\_ ;

**ovvero**

di essere specializzato con diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguita presso \_\_\_\_\_ anno  
accademico (data) \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_; ai sensi del  
D.Lgs. 257/91  o D.Lgs. 368/99  (barrare l'ipotesi che ricorre) - durata legale anni \_\_\_\_\_;

di essere iscritto/a all'Albo/Ordine \_\_\_\_\_  
della Provincia/Regione \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_;

10. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

11. di indicare attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo alle aree vaste presso le quali si presta la disponibilità allo svolgimento dell'incarico:

1.
2.
3.
4.
5.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale autocertificato;
- fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

\_\_\_\_\_