



ATTO DELIBERATIVO N° 1211 DEL 17/06/2019

ORIGINALE COPIA - ALLEGATI N°

Struttura Proponente: DSMPD 1235 17.06.19 (Proposta N°) (Data)

OGGETTO: INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E PROVA COLLOQUIO CON LA COSTITUZIONE DI UNA GRADUATORIA DI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N° 2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A N. 2 ASSISTENTI SOCIALI (PER COMPLESSIVE 17 ORE SETTIMANALI DELLA DURATA DI 1 ANNO) PER LE ESIGENZE RELATIVE ALL'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO.

L'estensore: (Nome e Cognome)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO (Dot. Luigi Macchiarella)

Parere del Direttore Amministrativo f.f. Dr. Vincenzo Brusca. FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE. Data 17/06/19 Firma

Parere del Direttore Sanitario f.f. Dr. Eleuterio D'Ambrosio. FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE. Data 17/06/19 Firma

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: AL RILASCIO NON CONTRIBUTO GSPN (Descrizione)

Numero Conto Economico

Numero Sub autorizzazione

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget: (Nome e Cognome) (Firma)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Nisia Lucchetti 17/06/19 (Nome e Cognome) (Data) (Firma)

Il Dirigente Dott. Fernando Ferrauti 17/06/19 (Nome e Cognome) (Data) (Firma)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA

PREMESSO che la Regione Lazio per la realizzazione del Piano Locale Gioco d'Azzardo Patologico (prima annualità) ha assegnato alla Asl Frosinone € 406.048,00;

-**che** con Atto Deliberativo ASL Fr N° 2050 del 04/10/2018 si è proceduto all'approvazione del predetto Piano (prima annualità) con le risorse economiche provenienti dal fondo GAP, di cui alla Determinazione della Regione Lazio n. G16620/2015, acquisito dalla Asl Frosinone con Ordinativo di riscossione n. 123 del 07.02.2017 e già impegnato con Determina ASL FR n. 1137 del 14.02.2017;

- **che** la Regione Lazio ha provveduto con Determinazione Dirigenziale del 20/12/2018 N° G17153 ad assegnare alla Asl Frosinone €354.150,06 per la seconda annualità delle risorse economiche destinate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico;

CONSIDERATO che il Ser.D. della Asl Frosinone, per realizzare gli obiettivi del suddetto Piano (prima annualità), al fine di implementare gli interventi finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo e garantire adeguati standard di offerta a tali interventi, ha ritenuto necessario prevedere le seguenti azioni:

1. incrementare la dotazione oraria e di personale relativamente alle figure professionali di: Psichiatra, Neurologo, Psicologo Psicoterapeuta, Assistente Sociale;
2. programmare azioni di informazione e formazione;

PRESO ATTO che per realizzare le azioni al punto 1. si è già proceduto all'acquisizione di personale specialistico nelle branche di Psichiatria, Neurologia e Psicologia-Psicoterapia attraverso graduatorie in essere con incarico annuale;

CONSTATATO di dover procedere all'acquisizione di n. 2 Assistenti Sociali per 1 anno attraverso un Avviso Pubblico per attività libero professionale (di cui all' art. 7 comma 6 D.L. 165/2001);

RTENUTO pertanto necessario dar avvio all'indizione di apposito Avviso Pubblico per titoli e colloquio con la costituzione di una graduatoria di idonei per il conferimento di n. 2 incarichi di collaborazione libero professionali a n.2 Assistenti Sociali per 1 anno, per complessive n. 17 ore settimanali da assegnare:

- 9 ore settimanali a Frosinone (n. 1 turno da 5 ore da svolgersi presso ambulatorio via A. Fabi UOC Patologie da Dipendenza A-B-C e n.1 turno da 4 ore presso Casa Circondariale Frosinone UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario)
- 8 ore settimanali a Cassino (n. 1 turno da 4 ore da svolgersi presso Ambulatorio Ser.D. Cassino Distretto D e n. 1 turno da 4 ore presso Casa Circondariale Cassino UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario)

PROPONE

Per i motivi espressi in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di indire apposito Avviso Pubblico, per titoli e prova colloquio, con la costituzione di una graduatoria di idonei per l'attivazione di n.2 incarichi libero professionali a n. 2 Assistenti Sociali, per complessive 17 ore settimanali della durata di 1 anno per le esigenze relative all'attuazione del Piano Locale Gioco d'Azzardo Patologico (prima annualità) presso la Asl Frosinone UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario-sedi di Frosinone e Cassino;
- di approvare il relativo schema di Bando di Avviso Pubblico che, allegato al presente atto ne costituisca parte integrante e sostanziale;
- Di pubblicare il Bando medesimo, sul sito internet (www.aslfrosinone.it) – sez. Bandi e concorsi;

Il Direttore DSMPD
Dott. Fernando Ferrauti



AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E PROVA COLLOQUIO CON LA COSTITUZIONE DI UNA GRADUATORIA DI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI 2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI (AI SENSI DELL'ART 7 COMMA 6 DEL D. LGS. 165/2001 E S. M. I.) RISPETTIVAMENTE DI N. 9 ORE E N. 8 ORE SETTIMANALI PER LA DURATA DI 1 ANNO DA ASSEGNARE A N. 2 ASSISTENTI SOCIALI PER LE ESIGENZE RELATIVE ALL'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO PRESSO LA ASL FROSINONE UOC SERD E UOC DIPENDENZE E PSICOPATOLOGIE NEL CIRCUITO PENITENZIARIO - SEDI DI FROSINONE E CASSINO

In esecuzione della Deliberazione n. ¹²¹¹ del ¹⁷ /06/2019 è indetto Avviso Pubblico per titoli e prova colloquio con la costituzione di una graduatoria di idonei per il conferimento di 2 incarichi libero professionali (ai sensi dell'art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i.) rispettivamente di n. 9 ore e n. 8 ore settimanali per la durata di 1 anno da assegnare a n. 2 Assistenti Sociali per le esigenze relative all'attuazione del Piano Locale Gioco d'Azzardo Patologico presso la Asl Frosinone UOC SerD e UOC Dipendenze da Psicopatologie- sedi di Frosinone e Cassino (come da progetto approvato allegato alla Deliberazione n. 2050 del 04/10/2018).

L'AVVISO PUBBLICO è finalizzato al conferimento di **n. 2 incarichi libero professionali**, della durata di **12 mesi** a **n.2 Assistenti Sociali**, per i quali è previsto un impegno massimo:

- **il primo di n. 9 ore settimanali sede di Frosinone** (n. 1 turno da n.5 ore da svolgersi presso Ambulatorio via A. Fabi UOC Patologie da Dipendenza A-B-C e n.1 turno da n. 4 ore da svolgersi presso Casa Circondariale Frosinone UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario);
- **il secondo di n.8 ore settimanali sede di Cassino** (n.1 turno da n.4 ore da svolgersi presso Ambulatorio Ser.D. Cassino Distretto D e n.1 turno da 4 ore presso Casa Circondariale Cassino UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario);

Ai Professionisti sarà riconosciuto € 25,00/ora lordi (IVA esente) da corrispondersi, a seguito di valutazione ed attestazione dell'attività svolta dallo stesso Professionista da parte del Direttore della UOC SERD e UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario, dietro emissione di regolare fattura.

Gli incarichi saranno conferiti ai sensi dell'art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i.; avranno natura di lavoro autonomo e non comporteranno per l'Azienda alcun vincolo di dipendenza e/o subordinazione.

L'interruzione del servizio per dimissioni del Professionista deve avere un preavviso di almeno 15 giorni a pena decurtazione di un mese di retribuzione.

L'incarico di Collaboratore Libero Professionale non prevede diritti e tutele contenuti nel contratto di dipendenza.

La gestione ed il controllo dell'incarico è affidato prevalentemente al Direttore del DSMPD.

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE

I candidati per partecipare dovranno dichiarare:

1. il possesso della cittadinanza Italiana, Europea o equivalente. I cittadini degli Stati dell'Unione europea devono altresì dichiarare:
 - a. di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza;

- b. di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana
2. non essere stati esclusi dall'elettorato attivo e/o non essere stati dispensati o destituiti dall'impiego presso pubbliche amministrazioni o interdetti da pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

I candidati per partecipare dovranno possedere:

- a) Laurea triennale di I livello in Servizio Sociale (L-39) ovvero titoli conseguiti in base al precedente ordinamento e riconosciuti equipollenti;
- b) Iscrizione all'Albo Professionale;

Tali requisiti debbono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

I candidati dovranno presentare la seguente documentazione:

1. domanda di partecipazione, datata e firmata, redatta in carta semplice (fac-simile Allegato 1)
2. Curriculum vitae datato e firmato
3. Dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità (fac-simile Allegato 2)
4. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

Per la valutazione dei titoli e dei colloqui sarà prevista una Commissione, nominata dal Commissario Straordinario, la quale provvederà a determinare i criteri di valutazione dei titoli presentati e del colloquio e alla formazione di una graduatoria nel rispetto della vigente normativa che regolamenta avvisi e concorsi pubblici compatibilmente con la specificità dell'incarico.

La Commissione disporrà complessivamente di 100 punti così ripartiti:

- 60 punti per la prova colloquio che si intende superata positivamente se il candidato ottiene almeno il punteggio di 36/60
- 40 punti per i titoli
 - o Fino ad un massimo di 20 punti per titoli di carriera
 - o Fino ad un massimo di 5 punti per titoli accademici e di studio ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'accesso alla procedura selettiva
 - o Fino ad un massimo di 5 punti per pubblicazioni e titoli scientifici
 - o Fino ad un massimo di 10 punti per il curriculum formativo e professionale

Al fine di garantire una gestione rapida dell'avviso, in caso di ricezione di un elevato numero di domande, la ASL si riserva la facoltà di effettuare una preselezione predisposta dall'Ente.

Si rappresenta che qualunque comunicazione relativa al presente avviso di selezione avverrà solo ed esclusivamente, tramite apposito avviso pubblicato sul sito internet aziendale: www.asl.fr.it nella sezione bandi e concorsi, almeno 15 giorni prima dello svolgimento della prova. Tale procedura viene considerata quale notifica a tutti gli effetti ed i candidati che non si presenteranno all'eventuale preselezione o a sostenere il colloquio nel giorno, ora e sede prestabiliti saranno considerati rinunciatari all'avviso.

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice, sottoscritta senza autenticazione (art. 39 DPR 445-2000) e munita della fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, dovrà obbligatoriamente riportare, a pena esclusione, nell'oggetto la dicitura "Selezione ai sensi dell'art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i. di Assistente Sociale, attuazione Piano Locale GAP" e contenere tutte le dichiarazioni prescritte ed essere prodotta entro il termine previsto dal presente avviso, con una delle seguenti modalità:

1. Consegnata a mano all'ufficio protocollo generale della ASL di Frosinone via A. Fabi snc, Frosinone in busta chiusa e indirizzata al: COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'ASL FROSINONE Via A. Fabi snc – 03100 FROSINONE con la dicitura: - Contiene domanda per “Selezione ai sensi dell’art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i., per conferimento di 2 incarichi libero professionali rispettivamente di n. 9 ore e n. 8 ore settimanali per la durata di 1 anno, da assegnare a n. 2 Assistenti Sociali per le esigenze relative all’attuazione del Piano Locale Gioco d’Azzardo Patologico presso Asi Frosinone, UOC Serd e UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario - sedi di Frosinone e Cassino– **NON APRIRE**;
2. Inviata con Posta elettronica certificata con un unico file contenente domanda e allegati con obbligatoriamente riportato nell’oggetto: “Selezione ai sensi dell’art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i. di Assistente Sociale, attuazione Piano Locale GAP”.
3. Tramite raccomandata del servizio postale o di altri corrieri abilitati indirizzata al: COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'ASL FROSINONE Via A. Fabi snc – 03100 FROSINONE con la dicitura: - Contiene domanda per “Selezione ai sensi dell’art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i., per conferimento di 2 incarichi libero professionali rispettivamente di n. 9 ore e n. 8 ore settimanali per la durata di 1 anno, da assegnare a n. 2 Assistenti Sociali per le esigenze relative all’attuazione del Piano Locale Gioco d’Azzardo Patologico presso Asi Frosinone, UOC Serd e UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario - sedi di Frosinone e Cassino– **NON APRIRE**;

La domanda di partecipazione dovrà pervenire entro e non oltre il tempo prefissato del _____

Il presente avviso sarà pubblicato nel sito web aziendale, nella sezione “ Avvisi e Concorsi”

Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale o altri corrieri abilitati in tempo utile ma recapitate a questa Azienda oltre il predetto termine di scadenza.

L’Amministrazione non si assume fin da ora alcuna responsabilità del mancato recapito di domande, documentazioni e comunicazioni, dipendenti da disguidi postali, da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell’Amministrazione.

Tutti i dati di cui l’Amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 196//2003 e del Regolamento UE 2016/679. La presentazione della domanda di partecipazione implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, a cura dell’Ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all’utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle relative procedure. L’ASL di Frosinone si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, o revocare in tutto o in parte la presente procedura.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno collegarsi al sito www.asl.fr.it.

TRATTAMENTI DATI PERSONALI

Ai sensi delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito per brevità GDPR) e in particolare, delle disposizioni di cui all’art. 28 del GDPR che hanno permesso la nomina, in qualità di titolare di questa azienda U.S.L., nella persona del del Direttore generale, quale titolare dei dati inerenti il presente bando, si informa che il trattamento dei dati contenuti nelle domande presentate è finalizzato all’espletamento dell’Avviso pubblico in questione. Gli stessi potranno essere messi a disposizione di coloro che, dimostrando un concreto interesse nei confronti della suddetta procedura, ne facciano espressa richiesta ai sensi della Legge n. 241/90.

Questa Asl precisa che, data la natura obbligatoria del conferimento dei dati, un eventuale rifiuto degli stessi (o una loro omissione) nei termini stabiliti sarà causa di esclusione della procedura di che trattasi.

Ai sensi del GDPR, i candidati hanno diritto di conoscere i dati che li riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge, nel rispetto tuttavia dei termini perentori relativamente alla procedura di che trattasi.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dr. Luigi MACCHITELLI)

Allegato 1

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'ASL FROSINONE Via A. Fabi snc – 03100 FROSINONE

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000 Il sottoscritto

(cognome) _____
(nome) _____, nato il _____
a _____, residente a _____
in Via _____, CAP _____
telefono _____, Codice Fiscale _____
email _____

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (indicare unicamente se diverso dalla residenza):

Via/piazza _____
Località _____ prov _____ CAP _____
Recapiti telefonici _____

Preso visione dell'Avviso emesso dall'ASL FROSINONE

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla "selezione ai sensi dell'art 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 e s. m. i., per conferimento di 2 incarichi libero professionali rispettivamente di n. 9 ore e n. 8 ore settimanali per la durata di 1 anno, da assegnare a n. 2 assistenti, con la costituzione di una graduatoria di idonei, per le esigenze relative all'attuazione del Piano Locale Gioco d'Azzardo Patologico presso la Asl Frosinone UOC Serd e UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario - sedi di Frosinone e Cassino

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli art. 75 e 76 del suddetto D.P.R. DICHIARA

a) di essere in possesso della cittadinanza _____ - (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza Italiana): _____;

b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero di non essere iscritto o cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi): _____;

c) di non aver riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali _____), nonché gli eventuali processi penali in corso – (da indicare se sia stata concessa amnistia, indulto condono e perdono giudiziale) _____;

d) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____ con votazione _____;

e) di essere iscritto all'Albo n. _____ di _____ dal _____;

f) di trovarsi per quanto riguarda gli obblighi militari nella seguente posizione:
_____;

g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

h) di non avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni (ovvero di avere prestato o di prestare servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni

nel profilo di _____ dal (gg/mm/aa) _____ al _____ con la precisazione della motivazione e della data della eventuale cessazione); i) di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti diritto di riserva, precedenza e/o preferenza di legge nella _____ nomina previsti _____;

j) di essere titolare dell'indirizzo di posta elettronica certificata dal quale è stata inviata la presente istanza di partecipazione;

l) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003;

m) di possedere tutti i requisiti previsti dal Bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso;

n) che qualsiasi comunicazione inerente il presente Avviso di selezione pubblica deve essere fatta pervenire al seguente indirizzo di posta elettronica _____;

Si allega alla presente:

- 1) Curriculum formativo professionale datato e firmato
- 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio
- 3) Elenco dei documenti e dei titoli allegati
- 4) Fotocopia di un documento di riconoscimento, fronte – retro, in corso di validità datato e firmato

(Luogo) _____

(Data) _____

(Firma per esteso)

(Pena esclusione)

CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto

(cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____ residente in Via/Piazza _____ n. _____
Località _____ Prov. _____ CAP _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli affetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Laurea in _____
conseguita _____ presso _____
voto _____ in data _____;
Specializzazione in _____
conseguita presso _____ in data _____;
Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario) conseguito presso _____
in data _____; Iscrizione Albo Professionale _____ N° Ordine _____
decorrenza _____;

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda/Ente (indicare esatta denominazione): _____

tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato): _____

dal (gg/mm/aa) _____ al (gg/mm/aa) _____

profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina e tipologia del rapporto in caso di co.co.co e/o prestazione d'opera): _____

a tempo indeterminato/a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa

a tempo pieno/a tempo parziale (indicare n. ore settimanali o percentuale): _____

Ricorrono/non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979.

Esperienze e/o competenze professionali attinenti l'attività oggetto dell'incarico (indicare esperienze e/o attività riconducibili al requisito specifico di partecipazione):

_____;

Pubblicazioni/ abstract/ poster/ altro (indicare se originale, copia conforme o altro):

Titolo: _____

Autori: _____

Rivista scientifica /altro _____

Originale /copia conforme/ file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario):

Corso _____

Materia di insegnamento: _____

Struttura _____

Anno	accademico	Ore	docenza	n.
_____	_____	_____	_____	_____

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del corso _____

Ente Organizzatore/ Luogo di svolgimento _____

Data/e di svolgimento _____ ore complessive n.

_____ Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza ; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (comunque attinenti all'oggetto dell'incarico):

Il sottoscritto dichiara che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità.

Luogo e data _____ Firma _____

Allegato 2

Il/la sottoscritt_ _____

CF _____ nat_ a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

In relazione al contratto di collaborazione di Assistente Sociale da stipularsi con la ASL Frosinone ,
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate
nell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ

Dichiaro

- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità previste dal D. Lgs. 39/2013 ed in particolare in quelle di cui all'art.3 (inconferibilità in caso di condanna per reati contro la Pubblica Amministrazione) all'art. 4 (inconferibilità di incarichi nelle Amministrazioni Statali);
- di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità di cui all'art. 20, comma 5, D. Lgs. 39/2013 per aver rilasciato dichiarazioni sostitutive mendaci.

DICHIARAZIONE DI INCARICHI/CARICHE RICOPERTE ED ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Dichiaro ai sensi dell'art. 15 commi 1 e 2 del D. Lgs. 39/2013 di:

- non ricoprire cariche o incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

(ovvero)

- di ricoprire le seguenti cariche o incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

(cancellare i casi che non ricorrono)

-di non svolgere attività professionali

(ovvero)

-di svolgere le seguenti attività professionali:

(cancellare i casi che non ricorrono)

ULTERIORI DICHIARAZIONI

dichiaro infine:

di non trovarmi allo stato in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse con l'attività svolta, e di impegnarmi a rendere annualmente una analoga dichiarazione ai sensi dell'art. 20 comma 2 del D. Lgs 39/2013 e ad impegnarmi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione;

di essere a conoscenza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 e dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL Frosinone condividendone ed osservandone i principi generali e i protocolli specifici.

Ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione, presto il consenso alla pubblicazione della presente dichiarazione in apposita sezione del sito istituzionale della ASL FROSINONE.

Le dichiarazioni rese rispondono al vero.

Luogo _____

Data _____

Firma _____

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la proposta che precede;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

VISTO il parere del Funzionario addetto al controllo di budget;

VISTO il parere del Dirigente e/o Responsabile del procedimento attestante che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico;

DELIBERA

Di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposto.

Il Commissario Straordinario
Don Luigi Maschietto



Il Direttore UOC Affari Generali, Contratti e Supporto all'Attività Legale Azienda USL Frosinone

ATTESTA CHE

La deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio nell'elenco N° 1211 del 17/06/19

- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 17/06/19 prot. n° 108
- è pubblicata all'albo Pretorio dal 17/06/19 al 02/07/19
- è esecutiva dalla data di adozione.

Direttore
UOC Affari Generali, Contratti
e Supporto all'Attività Legale
Dott.ssa Ornella Falivene

