



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FROSINONE

**AVVISO PER CONFERIMENTO INCARICO LIBERO PROFESSIONALE E CO.CO.CO RIVOLTO
AL PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA PER LA DISCIPLINA DI PRONTO SOCCORSO E
MEDICINA D'URGENZA E DISCIPLINE EQUIPOLLENTI E/O AFFINI**

SI RENDE NOTO

Che è indetto il presente avviso di ricerca personale medico, collocato in quiescenza, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, per il conferimento incarichi di lavoro autonomo o libero professionale, con durata non superiore ai sei mesi, per la disciplina in epigrafe emarginata.

I requisiti generali di ammissione sono quelli previsti dagli artt. 1 e 24 del D.P.R. n. 483 del 10.12.1997. È necessaria la cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea.

Per i cittadini di uno Stato estero non facente parte dell'Unione Europea, è necessario allegare regolare permesso di soggiorno.

Il trattamento economico in merito agli incarichi libero professionali è il seguente:

Gettone di Euro 60,00/h onnicomprensivi. Salvo Successive Modifiche o Integrazioni.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta in carta semplice, debitamente firmata a pena di esclusione, dovrà essere inviata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica **contratti@aslfrosinone.it** specificando nell'oggetto la tipologia professionale, entro il secondo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul sito Aziendale sezione "concorsi". Scadenza **ore 24.00 del _____**.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile entro il termine indicato.

Qualora il giorno di scadenza cada in un giorno festivo ovvero non lavorativo quest'ultimo sarà prorogato al primo giorno successivo lavorativo.

Il termine per la presentazione della domanda è perentorio. La presentazione o la riserva di invio successivo è priva di effetto. Sono considerate nulle tutte le domande inviate oltre il termine previsto.

Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura. L'Amministrazione non assume, fin da ora, alcuna responsabilità per il mancato recapito di domande, 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. Le domande devono essere complete della documentazione richiesta.

pp



fac - simile di domanda (da compilarsi su carta semplice)

Al Direttore Generale Azienda Sanitaria di Frosinone

....I... sottoscritt _____ nato/a a _____ il _____ C.F.
_____ indirizzo di residenza
_____ indirizzo mail _____ indirizzo pec
_____ recapiti telefonici _____

CHIEDE

di essere ammess... a partecipare all' Avviso per conferimento incarico di lavoro autonomo o libero professionale per personale medico in quiescenza disciplina Pediatria.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/2000

DICHIARA

Di aver prestato servizio presso l'Azienda/Ente del SSN _____ in qualità di Dirigente Medico disciplina di _____ e di essere stato collocato in quiescenza a decorrere dal _____;
di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del Regolamento UE n. 679/16.

Allega

-fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento
-curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____