

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
FROSINONE**

**Via A. Fabi - Codice Fiscale e Partita Iva n° 01886690609**

**SI RENDE NOTO**

Che è indetto Avviso per la formulazione di un elenco di professionisti disponibili a rendere ***PRESTAZIONI OCCASIONALI TRAMITE CHIAMATA A GETTONE*** per attività territoriale di assistenza domiciliare per n. 2 unità per gli ambiti distrettuali AB – CD e strutture della Asl Frosinone riservata a :

**PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA CON COMPROVATA ESPERIENZA IN ASSISTENZA DOMICILIARE.**

Per dette prestazioni, che verranno pagate € 60,00 l'ora, verrà stipulato un contratto di diritto privato a seguito di procedura valutativa per soli titoli, per un massimo di mesi sei eventualmente rinnovabili, ai sensi dell'art.7 – comma 6 del D. Lgs. N. 165/2001 e ss.mm.ii..

L'avviso è rivolto a professionisti ***Non Dipendenti di Aziende Pubbliche ed Enti*** in possesso di Partita IVA e di una polizza assicurativa di responsabilità individuale verso terzi.

E' garantita la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro così come stabilito dal D.P.R. n.483 del 10.12.1997 e dagli artt. 33 e 57 del D. Lgs. 165/2001.

**REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE:**

I requisiti generali e specifici di ammissione sono quelli previsti dagli artt. 1 e 24 del D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 e cioè:

- Cittadinanza Italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- Idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Non essere stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati o destituiti dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o interdetti dai Pubblici Uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- Non essere dipendente di Aziende Pubbliche ed Enti;
- Personale Medico collocato in quiescenza, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo o libero professionale nella disciplina oggetto della Manifestazione;

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti, pena di esclusione, alla data della presentazione della domanda di partecipazione.

Qualunque comunicazione ai candidati verrà effettuata esclusivamente tramite pubblicazione sul sito aziendale **www.aslfrosinone.it** – sezione Bandi e Concorsi. Non saranno ammesse altre modalità.

Saranno ritenuti valutabili i titoli relativi all'esperienza professionale attinenti gli incarichi da conferire. La domanda di partecipazione alla procedura valutativa (utilizzare schema domanda allegato) corredate da curriculum datato e firmato, all'indirizzo mail **contratti@aslfrosinone.it** specificando nell'oggetto "***Avviso Pubblico per prestazioni occasionali a chiamata per attività territoriale***" entro sette giorni dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul portale **www.aslfrosinone.it** – sezione Bandi e Concorsi.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Angelo Aliquò

**Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria di Frosinone**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail/pec \_\_\_\_\_

Chiede di essere ammess\_\_ a partecipare all'Avviso Pubblico per la formulazione di un elenco di professionisti disponibili a rendere prestazioni occasionali a chiamata a gettone per \_\_\_\_\_ da svolgere presso le strutture aziendali della Asl di Frosinone.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso della Cittadinanza Italiana o equipollente;
- Di essere iscritt\_ nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_
- Di avere l'Idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Di non aver riportato condanne penali o di avere procedimenti penali in essere, se si dichiara quali \_\_\_\_\_;
- Di non essere dipendente di Aziende Pubbliche ed Enti;
- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, con votazione \_\_\_\_\_;
- Di essere in quiescenza;
- Di essere possessore di Partita Iva n \_\_\_\_\_ e di una polizza assicurativa di responsabilità individuale verso terzi;
- Di autorizzare il trattamento dei miei dati personali presenti nel curriculum vitae ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allego alla presente:

Curriculum formativo professionale datato e firmato e fotocopia documento identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_