

AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER LO SVOLGIMENTO DI SERVIZIO INFERMIERISTICO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI GESTITE DALL'ASP DEL FORLIVESE DURANTE L'EMERGENZA COVID - 19

L'ASP del Forlivese, in attuazione del Provvedimento del Direttore f.f. n. 163 del 30/04/2020 intende formare una graduatoria per l'eventuale conferimento di incarichi professionali per lo svolgimento di Servizio Infermieristico nella struttura per anziani durante "l'EMERGENZA COVID – 19"

Requisiti per l'ammissione alla procedura comparativa:

- a) Diploma universitario di infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale;
- b) Regolare iscrizione all'Albo professionale degli Infermieri professionali;
- c) Essere in possesso di partita IVA per attività di Infermiere professionale;
- d) Non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto contrattuale con la Pubblica Amministrazione;
- e) Avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- f) Età non inferiore ai 18 anni.

La domanda di ammissione alla procedura comparativa, con allegato il curriculum professionale, deve essere compilata in carta semplice e sottoscritta secondo lo schema allegato al presente avviso dichiarando ai sensi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

- Il titolo di studio posseduto che dà diritto alla partecipazione al presente avviso;
- L'iscrizione all'Albo professionale degli Infermieri professionali;
- Il possesso di partita IVA per attività da Infermiere;
- Di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto contrattuale con la Pubblica Amministrazione;
- Di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- L'indirizzo email al quale l'ASP dovrà inviare ogni comunicazione relativa al presente bando;
- Di essere a conoscenza che i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo email;
- Di accettare, senza riserve, le norme e condizioni sia della selezione che dei regolamenti dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona dell'ASP del Forlivese;
- Di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni);
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR 679/2016 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e che gli stessi dati potranno essere trasmessi ad altro Ente pubblico che ne faccia richiesta per le medesime finalità;

- Di essere a conoscenza che ogni informazione circa il Concorso verranno pubblicate sul sito Internet: www.aspforlivese.it, come da Avviso pubblico approvato dall'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto Forlivese;

La domanda deve pervenire all'ASP del distretto Forlivese, a decorrere dalla data odierna fino al giorno 31.05.2020, salvo proroghe. Vista la particolare situazione di emergenza e le indicazioni ministeriali e regionali di limitare gli spostamenti verranno accettate le domande inviate con le seguenti modalità:

- ✓ mediante messaggio inviato da una Casella di Posta Certificata alla mail certificata aspforlivese@nexinpec.it
- ✓ mediante mail ordinaria inviata a info@aspforlivese.it In questo caso si consiglia di verificare la nostra ricezione della domanda telefonando al 0543/1900837 – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Nell'oggetto della mail indicare: Partecipazione selezione Infermieri COVID 19.

La graduatoria degli idonei in caso di necessità potrà essere utilizzata già a partire dal giorno 6.5.2020 sulla base della valutazione delle candidature regolarmente pervenute il giorno precedente. Dalla data di chiusura della selezione le graduatorie varranno 6 mesi salvo proroga per il perdurare dell'emergenza. L'affidamento dell'eventuale incarico avverrà in base alle esigenze dell'ASP, attraverso la sottoscrizione di un contratto di incarico libero professionale.

Il compenso orario onnicomprensivo è fissato in Euro 23,00 per le ore diurne, Euro 29,50 per ore notturne e Euro 34,00 per ore notturne festive. Il pagamento del compenso verrà effettuato mensilmente, previa verifica dell'esecuzione della prestazione e dietro presentazione di regolare fattura elettronica.

La graduatoria verrà stilata sulla base della valutazione complessiva del curriculum attribuendo i seguenti punteggi:

- ✓ 0,006 punti per ogni ora di servizio come Infermiere prestato presso Servizi sanitari e/o socio sanitari gestiti dall'ASP del Forlivese o altro Ente pubblico;
- ✓ 0,003 punti per ogni ora di servizio come Infermiere prestato presso Servizi sanitari e/o socio sanitari gestiti da soggetti privati.

In caso di parità di graduatoria prevale la/il più giovane età.

Le graduatorie sulla base delle domande pervenute il giorno precedente saranno implementabili con i criteri di cui sopra dal giorno 5.5.2020 fino al giorno 31.05.2020 (ultimo giorno per inviare la domanda 31.05.2020), salvo proroghe. I candidati potranno verificare lo stato della graduatoria consultando il sito internet www.aspforlivese.it, nella sezione "**Bandi**".

In ottemperanza alle disposizioni di cui all'art. 13 del GDPR 679/2016, si comunica che i dati personali del concorrente, dichiarati nella domanda o allegati alla medesima sono raccolti e trattati dall'ASP del distretto del Forlivese al fine della esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative al presente avviso, nonché per utilizzo della relativa graduatoria. I dati sono oggetto quindi di trattamento da parte dell'ASP secondo le finalità di seguito elencate:

- a. il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati;

- b. il trattamento dei dati avviene con procedure atte a garantire la sicurezza;
- c. i dati sono trattati per le finalità istituzionali dell'ente ed in particolare al fine della produzione di un elenco degli idonei per la stipula dei contratti (art. 9 GDPR);
- d. la natura del conferimento di tali dati è obbligatoria;
- e. conseguenza dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati: mancata ammissione del concorrente all'avviso per oggettiva impossibilità di verificare gli obbligatori requisiti previsti dal bando;
- f. i dati possono essere utilizzati e comunicati per i fini istituzionali della ASP, all'interno dell'ente tra incaricati del trattamento ed all'esterno per gli adempimenti relativi all'avviso quali la pubblicazione del giudizio ottenuto, la pubblicazione dell'elenco dei nominativi degli ammessi e dell'elenco degli idonei e per l'applicazione del diritto di accesso dei concorrenti ai sensi della legge 241/1990 e dell'art. 15 GDPR;
- g. i dati raccolti saranno trattati per la durata di anni uno;
- h. il concorrente ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporsi al trattamento dei dati, nonché all'applicazione degli altri diritti riconosciuti di cui dall'artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 GDPR. Per l'esercizio dei propri diritti il concorrente potrà rivolgersi all'ufficio Segreteria dell'Ente;
- i. Il titolare del trattamento dei dati è l'ASP del Distretto Forlivese nella figura del legale rappresentante pro tempore.
- j. I dati potranno essere trasmessi ad altro Ente che ne faccia richiesta per le medesime finalità;
- k. Responsabile della Protezione dei Dati Personali (DPO): Asp del Forlivese ha designato quale Responsabile della Protezione dei dati l'Azienda ROBYONE TEL. 490998416 EMAIL dpo@robyone.net PEC dpo.robyone@ronepec.it.

Il responsabile del presente procedimento concorsuale è la Dottoressa Barbara Bresciani.

Eventuali ulteriori informazioni potranno essere richieste a Giunchi Virna al 0543/1900837 – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Il presente avviso pubblico è pubblicato nel sito internet www.aspforlivese.it;

Predappio, 05.05.2020
Prot. 1909

Il Direttore f.f.
(Dottoressa Barbara Bresciani)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER LO SVOLGIMENTO DI SERVIZIO INFERMIERISTICO NELLE STRUTTURE PER ANZIANI GESTITE DELL'ASP DEL FORLIVESE PER L'EMERGENZA COVID - 19

All'ASP del Forlivese
Via Piccinini, 66 –
Predappio Alta (FC)

____ I ____ sottoscritt _____
nat ____ a _____ (provincia ____) il _____ residente
a _____ (provincia ____) Via _____ n. ____ C.A.P.
_____ Telefono _____,

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura comparativa per la formazione di una graduatoria per l'eventuale conferimento di incarichi professionali per lo svolgimento di Servizio Infermieristico nelle strutture per anziani gestite dell'ASP del Forlivese durante l'emergenza COVID - 19

Allo scopo dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso del seguente Titolo di Studio _____ conseguito presso _____ nell'anno scolastico _____ con voto _____
- di essere iscritto all'Albo professionale degli Infermieri professionali della provincia di _____ con n° _____;
- di essere in possesso di partita IVA per attività di Infermiere professionale;
- di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto contrattuale con la Pubblica Amministrazione;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- che l'indirizzo email al quale deve essermi fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando e ai suoi effetti successivi è il seguente: _____
- di essere a conoscenza che i candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo email all'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto Forlivese, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di non consultazione delle comunicazioni inviate all'indirizzo email comunicato;
- di accettare, senza riserve, le norme e condizioni sia della selezione che dei regolamenti dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto Forlivese;
- di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale

le presenti dichiarazioni vengono rese e che gli stessi dati potranno essere trasmessi ad altro Ente pubblico che ne faccia richiesta per le medesime finalità;

- di essere a conoscenza che ogni informazioni circa il Concorso verranno pubblicate **sul sito Internet: www.aspforlivese.it**, come da Avviso pubblico approvato dall’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona del Distretto Forlivese;

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole della veridicità della presente domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all’art. 76 e della decadenza dei benefici previsti dall’art. 75 del T.U. della documentazione amministrativa di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci.

Data, _____

FIRMA

Allega:

- Fotocopia Carta d’identità;
- Copia titolo di studio;
- Curriculum sottoscritto.

CURRICULUM

In relazione alla **DOMANDA DI AMMISSIONE** alla selezione pubblica per l'eventuale conferimento di incarichi professionali per lo svolgimento di **SERVIZIO INFERMIERISTICO** nelle strutture per anziani gestite dell'ASP del Forlivese durante l'**EMERGENZA COVID – 19** il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome/Cognome: _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

ESPERIENZE LAVORATIVE DA INFERMIERE

N.b.: Indicare solo le esperienze lavorative specifiche in mansioni da **INFERMIERE**

1° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. indicare nome del Reparto ospedaliero, dell'attività ambulatoriale, del Servizio socio sanitario per anziani o disabili, ecc..)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro. Libera professione)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto per i Liberi professionisti è possibile indicare le ore complessive svolte per la durata del contratto indicata sotto)	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

Firma

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

2° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. indicare nome del Reparto ospedaliero, dell'attività ambulatoriale, del Servizio socio sanitario per anziani o disabili, ecc..)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro. Libera professione)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto per i Liberi professionisti è possibile indicare le ore complessive svolte per la durata del contratto indicata sotto))	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

3° esperienza lavorativa

Nome e indirizzo del datore di lavoro	
Tipologia Servizio (es. indicare nome del Reparto ospedaliero, dell'attività ambulatoriale, del Servizio socio sanitario per anziani o disabili, ecc..)	
Tipologia contratto di lavoro (indicare se contratto a tempo determinato, a tempo indeterminato o di somministrazione lavoro. Libera professione)	
Impegno orario settimanale (indicare le ore settimanali previste da contratto per i Liberi professionisti è possibile indicare le ore complessive svolte per la durata del contratto indicata sotto))	
Durata del Contratto di lavoro (indicare giorno, mese e anno di inizio e fine dell'impiego)	Data inizio rapporto di lavoro: _____ Data fine rapporto di lavoro: _____

Firma

(sottoscrizione al fine delle dichiarazioni sostitutive di cui ai articoli 46 e 47 del DPR 445/2000)

NB: Se necessario ripetere le pagina più volte.