



Risorse Umane

**AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
IN AREA A PAGAMENTO
- DA PARTE DI MEDICI ISCRITTI O DISPONIBILI ALL'ISCRIZIONE
NELL'ELENCO DEI MEDICI COMPETENTI -
DIPENDENTI DELL'ASST SETTE LAGHI**

Con il presente avviso si intende ricercare personale di questa ASST interessato allo svolgimento di prestazioni aggiuntive presso la S.C. Medicina del Lavoro, Preventiva e Tossicologia, al fine di garantire tempestività nell'effettuazione delle visite di idoneità in considerazione dell'intenso carico di lavoro.

Il presente avviso è rivolto al personale in servizio presso l'ASST Sette Laghi con il profilo di Dirigente Medico iscritto nell'elenco dei Medici Competenti, o disponibile all'iscrizione, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno sei mesi;
- b) essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente;
- c) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia, così come disposto dall'art. 3 comma c) della Legge 8.1.2002 n. 1;
- d) non essere in situazione di debito orario.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza stabilita dal presente avviso per la presentazione delle candidature.

I Dirigenti Medici specialisti in Medicina del Lavoro, in Medicina Preventiva dei Lavoratori, in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale, interessati a presentare la propria candidatura, che alla data di emissione del presente avviso risultino sprovvisti dell'iscrizione all'elenco dei Medici Competenti, dovranno obbligatoriamente provvedere entro 1 settimana dalla nomina.

L'attività dovrà essere prestata al di fuori e in aggiunta all'orario di lavoro e sarà remunerata con un compenso pari ad €. 80/ora fino al 31.12.2020 e comunque nel limite delle disponibilità economiche Aziendali.

Le modalità di effettuazione dell'attività saranno definite e comunicate agli interessati da parte della Direzione Sanitaria, che valuterà il possesso, da parte del candidato, dei requisiti richiesti nel presente bando, subordinatamente al rilascio dell'autorizzazione in deroga così come previsto dall'art. 3 del Regolamento per la gestione della libera professione intramoenia, approvato con deliberazione n. 1362 del 22.12.2017.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE:

Le manifestazioni di interesse devono:

- essere redatte in carta semplice compilando lo schema allegato al presente avviso e obbligatoriamente sottoscritte;
- pervenire, a partire dalla data di emissione del presente avviso e per tutto il periodo fino al 30.11.2020 mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it.

Per qualsiasi informazione gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Risorse Umane / Ufficio Giuridico al numero di telefono: 0332/278058 (int. 2058).

Questa amministrazione si riserva la facoltà di sospendere, modificare o revocare il presente avviso.

Varese, 22.10.2020

Prot. n. ASST DEI SETTE LAGHI



Protocollo nr. 0066091
del 23/10/2020

ASST dei Sette Laghi

Al Direttore Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Viale Borri, 57
21100 VARESE VA

_ I _ sottoscritt _ _____

nat_ a _____ (Prov. di _____)

matricola _____

in servizio presso _____ Ospedale/sede di _____

in qualità di _____

e-mail _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di PRESTAZIONI AGGIUNTIVE in area a pagamento presso la S.C. Medicina del Lavoro, Preventiva e Tossicologia

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., dichiara di :

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno presso l'ASST Sette Laghi dal _____;
- b) essere esente da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente,
- c) non essere in situazione di debito orario;
- d) essere iscritto nell'elenco dei Medici Competenti al n.....;
- e) provvedere ad iscrivermi nell'elenco dei Medici Competenti entro 1 settimana dalla nomina.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che tale attività è incompatibile con la fruizione di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia nel mese in cui e' richiesta la prestazione aggiuntiva, così come disposto dall'art. 3 comma c) della Legge 8.1.2002 n. 1.

Data,

Firma

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario
Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Fradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pcc.asst-settelaghi.it