

**AVVISO PER VALUTAZIONE COMPARATIVA**  
**FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI UN INCARICO**  
**LIBERO-PROFESSIONALE**  
**U.O.C. DERMATOLOGIA**

**ATTESO CHE:**

- L'Art.7 comma 6 del D.Lgs n.165/01 e s.m.i. consente alle Amministrazioni Pubbliche, per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, di conferire incarichi individuali, anche con contratto di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria;
- L'art. 1 c. 565 della L. n. 296 del 27/12/06 (Legge Finanziaria 2007) lettera b) esclude dai limiti di spesa di cui al medesimo comma le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati o derivanti dall'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., principi da ultimo confermati dall'art.2, c. 71, della L. n.191 del 23/12/2009 (Legge Finanziaria 2010);
- Il Direttore dell'UOC Dermatologia ha chiesto di attivare un rapporto contrattuale di prestazione d'opera in regime libero-professionale della durata di un anno e per un impegno prestazionale di circa n. 65 ore mensili, con un medico specialista in dermatologia ex art.7 comma6 del D.Lgs n. 165/01 e s.m.i.), utilizzando l'importo disponibile pari ad € 20.000,00 derivante da Sperimentazione Clinica per lo svolgimento delle seguenti prestazioni di follow-up da rivolgere ai pazienti già coinvolti nella Sperimentazione Clinica "M10-060 RS 96/07" sviluppata presso la UOC Dermatologia:
  1. monitoraggio dei pazienti affetti da psoriasi trattati con farmaci biologici presso gli ambulatori;
  2. controllo dei pazienti affetti da psoriasi trattati con farmaci biologici in regime di *day-hospital* e di ricovero ordinario
- Per lo svolgimento delle suddette attività sarà corrisposto un **compenso mensile**, comprensivo di tutti gli oneri previdenziali e/o fiscali anche a carico della Fondazione PTV, quantificato in € 1.666,66 lordi, in coerenza con la regolamentazione vigente in sede aziendale per i titolari di rapporto contrattuale di prestazione d'opera in regime libero-professionale;
- I **requisiti minimi richiesti per la partecipazione** alla procedura oggetto del presente avviso sono i seguenti:
  - a) Possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
  - b) Possesso del Diploma di Specializzazione in Dermatologia;
  - c) Iscrizione Ordine dei Medici Chirurghi;

d) Comprovata esperienza nel trattamento, con farmaci biologici, di pazienti affetti da psoriasi.

### SI INVITANO

tutti gli interessati ad inviare a mezzo di raccomandata A/R, entro 15 gg decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso (fa fede il timbro dell'Ufficio Postale Accettante), apposita domanda di ammissione alla presente procedura secondo il modello **Allegato A)** indirizzata alla Direzione Sanitaria di Presidio - Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata – Viale Oxford, 81 – 00133 Roma, riportando sulla busta la dicitura “**Valutazione Comparativa per conferimento Incarico Libero-Professionale – UOC Dermatologia - COD n. 13/10**”, al fine di procedere ad idonea valutazione comparativa da parte di apposita Commissione.

### N.B.

1. Il conferimento dell'incarico è comunque subordinato:

- alla **non sussistenza di cause di incompatibilità** con il rapporto da attivare;
- al possesso della **partita IVA**;
- al possesso di idonea **polizza assicurativa** per responsabilità professionale verso terzi;

2. Il presente AVVISO non impegna il PTV né rispetto ad una tempistica predeterminata, né rispetto all'obbligo di concludere la procedura con esito positivo.

## **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

La domanda di ammissione alla selezione è composta dall'**ALLEGATO A** (Domanda di ammissione alla procedura di valutazione comparativa per conferimento incarico libero-professionale), dagli **ALLEGATI B e C** (Moduli dichiarazioni sostitutive di certificazione - art. 46/47 DPR 445/2000) validi per l'attestazione del possesso dei requisiti di partecipazione e di ulteriori titoli validi per la valutazione di merito nonché dal consenso al trattamento dei dati personali (**ALLEGATO D**).

I candidati dovranno allegare alla domanda di ammissione la seguente ulteriore documentazione:

- 1. un curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato;**
- 2. la copia di un documento di identità in corso di validità;**
- 3. eventuale certificazione riferita a titoli che si ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito da parte della commissione, non inclusi nelle voci di cui agli allegati B e C.**
- 4. le copie dei titoli per i quali si è dichiarato di allegare copia conforme.**

In particolare il candidato dovrà indicare l'eventuale sussistenza di rapporti di dipendenza con strutture pubbliche / convenzionate con il SSN (tra cui rientra la figura di "ricercatore universitario") e dell'eventuale iscrizione a corsi di "dottorato di ricerca" (con l'indicazione della fruizione o meno della relativa borsa di studio) Tali indicazioni si rendono indispensabili ai fini dell'accertamento dei profili di compatibilità.

Tutto quanto dichiarato utilizzando gli Allegati A, B e C al presente bando si intende prodotto in regime di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000; al riguardo si precisa che tali dichiarazioni saranno considerate valide se rese e presentate nel rispetto delle seguenti modalità:

- le dichiarazioni rese dai candidati, in quanto sostitutive a tutti gli effetti della certificazione, dovranno contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende presentare; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo auto-certificato;
- l'attestazione dei rapporti di cui all'All.C dovrà contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica e il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro, le date di inizio e di conclusione dei vari periodi di servizio prestato;
- l'attestazione dei titoli di studio, accademici, di formazione e aggiornamento e le attestazioni riferite al curriculum professionale dovranno altresì contenere, pena la non valutazione, tutti i dati indispensabili per procedere con la stessa: denominazione titolo, denominazione Ente e recapito, date di rilascio, durata e votazioni conseguite;
- le pubblicazioni devono essere edite a stampa; le stesse, pur se dichiarate nell'Allegato C in regime di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la conformità all'originale, devono essere obbligatoriamente allegate alla domanda di partecipazione in fotocopia semplice.

L'amministrazione procederà ad effettuare idonei controlli sulle dichiarazioni sostitutive presentate, secondo le modalità di cui all'art. 71 del D.P.R. 445/00. Fermo restando quanto previsto all'art. 76 della norma predetta, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Roma, 03/05/2010

F.to Enrico Bollero  
(Direttore Generale)

**ALLEGATO A**

**Domanda di ammissione alla procedura di valutazione comparativa per conferimento incarico libero-professionale presso UOC DERMATOLOGIA**

**Spett.le Fondazione PTV  
Policlinico Tor Vergata  
Viale Oxford, 81 - 00133 - Roma**

Il/La sottoscritto/a

..... (CF.....)

**CHIEDE**

di essere ammess..... a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di prestazione d'opera in regime libero-professionale.

indetta dal Policlinico Tor Vergata di Roma e pubblicata sul *sito web* del Policlinico in data \_\_\_\_\_  
(cod. n.....)

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato:

**DICHIARA**

Di essere nato/a a .....(Prov. di.....) il.....

Di essere residente in ..... (Prov. di.....) C.A.P.....

Via..... n.....Recapiti telefonici .....

**DICHIARA INOLTRE**

a)

- o di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
ovvero

- o di aver riportato le seguenti condanne.....  
.....  
.....

- b) di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso COD. n. \_\_\_\_\_ pubblicato sul *sito web* del Policlinico in data \_\_\_\_\_;
- c) di eleggere il seguente recapito cui indirizzare le comunicazioni inerenti la selezione:  
via..... n..... cap.....  
città.....(prov.....) telefono: .....
- d) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- e) di allegare alla presente istanza la documentazione prevista accettando le condizioni fissate nell'avviso.

Si allega fotocopia di un valido documento di identità.

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA PER ESTESO** \_\_\_\_\_

*(La firma, leggibile e per esteso, non necessita di autentica)*

**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/00)**

Il sottoscritto.....  
Nato a.....il.....  
consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti dl T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti titoli conseguiti alla data di scadenza del presente bando e validi agli effetti della valutazione di merito ed in particolare:

- 1) di aver conseguito il Diploma di Laurea in.....  
.....in data .....presso.....  
.....con voto.....
- 2) di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in.....  
.....in data .....presso.....  
.....con voto.....
- 3) di essere in possesso dei seguenti attestati validi agli effetti della valutazione di merito:
  - a-Titolo .....  
rilasciato dall'Ente .....in data ..... /dal.....al.....
  - b-Titolo .....  
rilasciato dall'Ente .....in data ..... /dal.....al.....
  - c-Titolo .....  
rilasciato dall'Ente .....in data ..... /dal.....al.....
- 4) di aver inoltre conseguito i seguenti titoli, diversi da quelli sopra elencati:
  - a).....;
  - b).....;
  - c).....;
- 5) di essere iscritto all'Albo/Ordine Professionale.....  
.....di.....n.....;

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA PER ESTESO** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(Ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/00)**

Il sottoscritto.....  
Nato a.....il.....  
consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti dal T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

**1. di aver intrattenuto i seguenti rapporti di lavoro/professionali/di collaborazione:**

- a) Ente ..... Luogo .....  
Qualifica.....  
Tipo di rapporto.....dal.../.../... al .../.../...;
- b) Ente ..... Luogo .....  
Qualifica.....  
Tipo di rapporto.....dal.../.../... al .../.../...;
- c) Ente ..... Luogo .....  
Qualifica.....  
Tipo di rapporto.....dal.../.../... al .../.../...;
- d) Ente ..... Luogo .....  
Qualifica.....  
Tipo di rapporto.....dal.../.../... al .../.../...;
- e) Ente ..... Luogo .....  
Qualifica.....  
Tipo di rapporto.....dal.../.../... al .../.../...;

**2. di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli diversi da quelli elencati:**

- a) \_\_\_\_\_;
- b) \_\_\_\_\_;
- c) \_\_\_\_\_;

**3. che le fotocopie allegate sono copie conformi all'originale in mio possesso:**

a) contenuto del documento n. \_\_\_\_\_ ;

b) contenuto del documento n. \_\_\_\_\_ ;

c) contenuto del documento n. \_\_\_\_\_ ;

**4. dichiara, inoltre (tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle precedenti voci, ad es. l'eventuale sussistenza di rapporti di dipendenza con strutture pubbliche / convenzionate con il SSN, l'eventuale iscrizione a corsi di "dottorato di ricerca", la particolare esperienza richiesta dall'Avviso o altro):**

---

---

---

---

---

---

---

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA PER ESTESO** \_\_\_\_\_

(allegare obbligatoriamente la fotocopia di un documento di identità valido fronte/retro)

## ***ALLEGATO D***

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

In base alle vigente normativa in ambito di tutela della privacy ed ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura di selezione di cui trattasi.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Il trasferimento di dati personali a soggetti terzi, salvo i casi previsti dalla legge, è subordinato all'autorizzazione dell'interessato.

Il Titolare del trattamento è la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" con sede in Viale Oxford n.81 in Roma, il Responsabile di riferimento è il Direttore del Dip.to Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali Dott.ssa Tiziana Frittelli.

Il /La sottoscritt...., presa visione di quanto sopra, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA PER ESTESO** \_\_\_\_\_