

Prot. 2243

Adria, 04/11/2021

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA D'URGENZA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO AD INFERMIERI

Si comunica che, in esecuzione del Decreto del Segretario Direttore n. 547 del 04/11/2021, nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa al virus COVID-19, questo Ente emette il presente bando per il conferimento di **incarichi di lavoro libero professionale o di collaborazione coordinata continuativa ad Infermieri.**

La domanda dovrà essere presentata mediante invio di e-mail, corredata dei relativi allegati, al seguente indirizzo: segreteria@csaadria.it

Il candidato dovrà allegare in formato PDF:

- domanda di partecipazione redatta secondo il fac-simile allegato
- dettagliato curriculum formativo-professionale.
- documento di riconoscimento legalmente valido.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE:

- Diploma di Laurea in Infermieristica ovvero diploma universitario di Infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. ovvero i 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 e dell'accesso ai pubblici uffici.
- Iscrizione al relativo Albo Professionale. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ove prevista, consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Per i cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea, è necessario allegare regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

PROCEDURA:

- 1) L'ufficio Risorse Umane acquisirà i nominativi dei soggetti che avranno presentato la candidatura, valuterà le candidature e potrà sottoporre i candidati ad un eventuale colloquio conoscitivo/orientativo.
- 2) L'Amministrazione si riserva di **conferire uno o più incarichi libero-professionale o di collaborazione coordinata continuativa - fino a copertura delle necessità orarie dell'Ente**, che in nessun caso configurerà un rapporto di lavoro subordinato alle dipendenze del Centro Servizi Anziani di Adria- ai soli soggetti che saranno giudicati idonei in sede di visita preventiva ex art. 41 D. Lgs. 81/08, volta all'accertamento di incondizionata idoneità fisica specifica alle mansioni del profilo professionale a bando.
- 3) In considerazione dell'urgenza di provvedere al conferimento dell'incarico, saranno prese in particolare considerazione le candidature con disponibilità all'immediato inizio della prestazione lavorativa.
- 4) Il contenuto della prestazione potrà riguardare tutti gli ambiti propri della professione infermieristica e saranno definiti sulla base delle esigenze dell'Ente.
- 5) L'immissione in servizio dovrà avvenire nel più breve tempo possibile;
- 6) A fronte dell'erogazione delle prestazioni è previsto un **compenso orario lordo di € 35.**

7) L'incarico avrà durata non superiore a 6 mesi, con eventuale cessazione anticipata o proroga in relazione alle necessità dell'Ente conseguenti all'emergenza sanitaria;

SCADENZA

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità dell'Ente.

Trattamento dati personali

Ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ad oggetto "Regolamento generale sulla protezione dei dati", questa Ente., quale titolare del trattamento dei dati inerenti il presente avviso, informa che il trattamento dei dati contenuti nelle domande presentate e finalizzato all'espletamento della procedura in oggetto, può avvenire con modalità sia manuale che elettronica.

La presentazione delle domande da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura della pubblica selezione. Gli stessi potranno essere messi a disposizione di coloro che, dimostrando un concreto interesse nei confronti della suddetta procedura, ne facciano richiesta ai sensi dell'art. 22 della Legge 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il trattamento avviene in via generale in base alle seguenti fonti normative: D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ad oggetto "Regolamento generale sulla protezione dei dati".

Richiesta di chiarimenti

Per eventuali ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Risorse Umane (0426-903319- 313) o all'indirizzo email: segreteria@csaadria.it

IL SEGRETARIO DIRETTORE

f.to dott.ssa Paola Spinello

SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL SEGRETARIO DIRETTORE

DEL CENTROSERVIZI ANZIANI

RIVIERA S., ANDREA, 4 45011 ADRIA -RO

I sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ Prov. _____ Nazione _____
residente/a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
C.F. _____ Via _____
_____ n. _____ Tel. _____

Con riferimento all'avviso Pubblico bandito dal Centro Servizi Anziani in data 04/11/2021 in relazione alla situazione di emergenza sanitaria epidemiologica da COVID-19

CHIEDE

di partecipare al presente avviso per il conferimento di un incarico **libero professionale o di incarico di collaborazione coordinata e continuativa** in qualità di **INFERMIERE**, per attività assistenziale presso la sede del Centro Servizi Anziani.

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti richiamati dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.:

DICHIARA:

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero: di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);

2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del COMUNE di

3)

(ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

4) di non aver mai riportato condanne penali (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale:

_____)

4) di essere in possesso dei seguenti requisiti richiesti specifici dall'avviso

- Diploma di laurea in _____ conseguito in data _____ presso _____

- Di essere iscritto/a all'Albo professionale degli infermieri di _____

e contestualmente, accetta tutte le condizioni contenute nell'avviso.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura:

COMUNE _____ CAP _____

VIA _____ NR. CIVICO _____

P.E.C. _____ @ _____ E-MAIL _____ @ _____

RECAPITI TELEFONICI _____

Allegati:

- **Curriculum vitae**
- **Copia documento di identità**

Distinti saluti.

Luogo e data _____

Firma _____

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ (_____)

(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____

(indirizzo)

domiciliato _____ n. _____

(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____

(indirizzo)

Telefono _____ e-mail _____

C.F. _____ PIVA_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

che i dati indicati nel presente curriculum formativo e professionale di seguito corrispondono a verità.

TITOLI DI STUDIO

DIPLOMA / LAUREA

Sede:

Anno:

Voto:

SPECIALIZZAZIONI

Indicare Specializzazioni conseguite, con sede, anno e votazione

DOTTORATO	
ISCRIZIONE ALL'ALBO /	Indicare Dottorato, con sede ed anno Provincia e n. iscrizione
ORDINE DEI _____	

Esperienze Lavorative

- Data (da – a)

- Tipo di azienda o settore

- Tipo di impiego

- Nome e indirizzo del datore di lavoro

- Principali mansioni e responsabilità

- *Data (da – a)*

.....

Formazione e corsi post laurea

- Data (da – a)

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

- Riconoscimento conseguito

- *Data (da –*

a)

.....Attività scientifica

- Principali materie / aree tematiche di cui si è occupato

- Ruolo svolto

- Periodi di riferimento

- Allegare elenco pubblicazioni

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE
PERSONALI**

*Acquisite nel
corso della vita e
della carriera ma non
necessariamente riconosciute
da certificati e
diplomi ufficiali.*

MADRELINGUA

[Indicare la madrelingua]

ALTRE LINGUE

[Indicare la lingua]

- Capacità di lettura [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
- Capacità di scrittura [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]
- Capacità di espressione
orale [Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI**

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

*Vivere e lavorare con altre
persone, in ambiente
multiculturale, occupando
posti in cui la
comunicazione
è importante e in situazioni
in cui è essenziale
lavorare in squadra (ad
es. cultura e sport), ecc.*

CAPACITÀ E COMPETENZE

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

ORGANIZZATIVE

*Ad es. coordinamento e
amministrazione di
persone,*

*progetti, bilanci; sul posto
di
lavoro, in attività di
volontariato (ad es. cultura
e
sport), a casa, ecc.*

CAPACITÀ E COMPETENZE [Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

TECNICHE

*Con computer, attrezzature
specifiche, macchinari, ecc.*

ALTRE CAPACITÀ E [Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

COMPETENZE

*Competenze non
precedentemente indicate.*

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI [Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio
persone di riferimento, referenze ecc.]

INDICARE GLI ALLEGATI INVIATI, LE PUBBLICAZIONI DEBONO ESSERE INDICATE IN
UN ELENCO RIEPILOGATIVO: NON INCLUDERE FASCICOLI O VOLUMI

Luogo e data

Il/La Dichiarante

--	--

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

Il titolare dei trattamenti è l'Azienda USL di Ferrara nella persona del Direttore Generale protempore, domiciliato per la carica presso l'Azienda USL di Ferrara in Via Cassoli n.30. In relazione al trattamento dei suddetti dati operati dall'Azienda, l'interessato è titolare dei diritti previsti dall'ex art. 7 del DLG 196 /2003. In particolare ha il diritto di conoscere i dati che lo riguardano di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione o il blocco dei dati in caso di violazione di legge.

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

DATA	
-------------	--