



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche

**Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti Marche Nord  
Pesaro**

**Presidi Ospedalieri di Pesaro e Fano**

## **EMERGENZA COVID-19**

### **AVVISO PUBBLICO**

#### **PROCEDURA SPECIALE PER L' ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PERSONALE FARMACISTA E SANITARIO DISPONIBILE AD INCARICHI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE PRESSO AORMN**

**In esecuzione** della determina del Direttore Generale n. 140 del 12 marzo 2020

### **SI RENDE NOTO**

che questa Azienda, nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID\_19, emette, in via speciale, apposito avviso pubblico volto a raccogliere manifestazioni di interesse per la formazione di appositi elenchi di **PERSONALE SANITARIO** disponibile ad assumere incarichi di collaborazione per le esigenze attuali e straordinarie dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Gli incarichi avranno una durata di sei mesi e comunque per tutta la durata dello stato di emergenza come disposto dal D.L. 14/2020.

il presente Avviso è rivolto a:

- a) FARMACISTI (specialisti e specializzandi);
- b) TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO.

Ai fini del conferimento dei singoli incarichi si terrà conto in via prioritaria dei seguenti criteri:

- ✓ specificità della professionalità richiesta in ordine alle contingenti fasi dell'emergenza;
- ✓ anzianità di esperienza maturata nel settore;
- ✓ disponibilità individuale manifestata in merito alla tempestività dell'assunzione dell'incarico e flessibilità ad operare nelle sedi di AORMN per soddisfare le contingenti necessità.

L'Azienda, ricevuta la manifestazione di interesse si riserva la possibilità di conferire in via del tutto eccezionale un incarico di collaborazione professionale anche di natura occasionale e temporanea, anche ai sensi di quanto disposto dall'art.1 del D.L. 9 marzo 2020 n. 14.

**L'inserimento dei professionisti nell'elenco di cui al presente avviso non determina, in capo ai singoli, alcun diritto al conferimento dell'incarico. Inoltre il conferimento degli eventuali incarichi non instaura alcun rapporto di lavoro dipendente, bensì rapporto di Collaborazione Professionale per detentori di partita IVA o di Co.Co.Co. (ove previsto) relativo allo svolgimento degli incarichi stessi.**

Ciascun incarico verrà attribuito previa stipula di apposito contratto.

## **REQUISITI GENERALI**

- a) **Cittadinanza italiana**, *salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea, ovvero il possesso di una delle condizioni previste dall'art. 38 del D.Lgs n. 165/2001 come modificato ed integrato dalla Legge 6 agosto 2013, n. 97, per i cittadini dei paesi terzi (indispensabile specificare di quale condizione si tratta).*

I cittadini di altri Stati membri dell'Unione Europea devono possedere, inoltre, il seguente requisito:

- godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza/provenienza.

- b) **Godimento dei diritti politici**. *Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.*
- c) **Idoneità alla mansione specifica**. *L'accertamento di tale idoneità è effettuato a cura dell' Azienda prima dell'immissione in servizio.*

## **REQUISITI SPECIFICI**

### **1) FARMACISTI**

- ✓ **Diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche;**
- ✓ **Specializzazione nella disciplina di Farmacia Ospedaliera** o in una delle discipline riconosciute equipollenti ed affini ai sensi del D.M. Sanità 30.01.1998 e ss. mm. e D.M. Sanità e 31.01.1998 e ss. mm.;
- ✓ **Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti**, attestata da dichiarazione sostitutiva di certificazione, anche contestuale alla domanda, indicante: provincia, data di prima iscrizione e numero di posizione nel registro, sottoscritta dall'interessato sotto la propria personale responsabilità.  
L'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

### **2) FARMACISTI SPECIALIZZANDI D.L. n. 14/2020 art.1 comma 1 lett.a)**

- ✓ **Diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche;**
- ✓ **Iscrizione all'ultimo e al penultimo anno di corso di Scuole di Specializzazione Farmacia Ospedaliera;**
- ✓ **Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti**, attestata da dichiarazione sostitutiva di certificazione, anche contestuale alla domanda, indicante: provincia, data di prima iscrizione e numero di posizione nel registro, sottoscritta dall'interessato sotto la propria personale responsabilità.  
L'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

### **3) TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO**

- ✓ **Laurea triennale in Tecniche di Laboratorio Biomedico** (appartenente alle classi di laurea nelle professioni sanitarie tecniche – area tecnica diagnostica) ovvero Diploma Universitario conseguito ai sensi dell'art. 6 co. 3 del D. Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e ss.mm., 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 concorsi (D.M. 27/07/2000);

- ✓ **Iscrizione all'Albo Professionale** attestata da dichiarazione sostitutiva di certificazione, anche contestuale alla domanda - indicante: provincia, data di prima iscrizione e numero di posizione nel registro - sottoscritta dall'interessato sotto la propria personale responsabilità.

## **CONDIZIONI CONTRATTUALI**

A fronte dell'erogazione delle prestazioni assistenziali è previsto il seguente **compenso omnicomprendivo**:

- ✓ **FARMACISTI € 60/h** al lordo delle trattenute di legge. In caso di effettuazione di turni notturni e/o festivi di 12 ore il compenso lordo omnicomprendivo previsto è pari a € 480,00;
- ✓ **FARMACISTI SPECIALIZZANDI € 50/h** al lordo delle trattenute di legge. Compatibilmente con le esigenze connesse alle attività di studio l'orario di lavoro potrà essere composto da un minimo di 19 ore ad un massimo di 30 ore settimanali. In caso di effettuazione di turni notturni e/o festivi di 12 ore il compenso lordo omnicomprendivo previsto è pari a € 400,00;
- ✓ **TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO € 30/h** al lordo delle trattenute di legge.

La durata dell'incarico e le modalità di svolgimento dell'attività, nel rispetto del Decreto Legge n. 14/2020, verranno concordate tra l'Azienda ed il professionista a seconda della disponibilità manifestata e del persistere della necessità assistenziale di volta in volta rappresentate.

## **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Le manifestazioni di interesse, redatte in carta semplice secondo il modello allegato al presente bando (Allegato A), debitamente sottoscritte dagli interessati e corredate dalla prescritta documentazione nonché dal **curriculum**, vanno dirette al **Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", P.le Cinelli, 4 - 61121 Pesaro**, e devono essere inoltrate nei seguenti modi:

- a mezzo del servizio postale con raccomandata con avviso di ricevimento;
- presentata in busta chiusa direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 11:00 alle ore 13:00 di tutti i giorni feriali escluso il sabato.

Gli operatori dell'Azienda non sono abilitati né tenuti al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

All'atto della presentazione della domanda sarà rilasciata apposita ricevuta.

All'esterno della busta deve essere indicato il **MITTENTE** e deve essere riportata la seguente dicitura: "*il presente plico contiene manifestazione di interesse alla procedura speciale per l'inserimento nell'elenco di PERSONALE FARMACISTA/SANITARIO per il conferimento di collaborazioni professionali*".

- inviata al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): [aomarchenord@emarche.it](mailto:aomarchenord@emarche.it) unitamente a fotocopia di documento d'identità del sottoscrittore.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale.

**Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.**

In caso di invio tramite posta elettronica gli allegati alle istanze devono pervenire in uno dei seguenti formati previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione:

<b>FORMATI</b>	<b>ESTENSIONE FILES</b>
PDF	.pdf
PDF/A (preferibile per garantire la conservazione a lungo termine)	
TIFF	.tif
JPG	.jpg .jpeg
OFFICE OPEN XML (OOXML)	.docx .xlsx .pptx
OPEN DOCUMENT FORMAT	.ods .odp .odg .odb
XML	.xml
TXT	.txt

Non saranno accettati files in formati diversi.

Per limitare il numero dei files/allegati si raccomanda di riunire i diversi documenti/immagini **in un unico file.**

## **SCADENZA**

Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità assistenziali di cui in premessa e comunque fino al perdurare dello stato di emergenza.

## **NORME FINALI**

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, riaprire i termini, sospendere o modificare, in tutto o in parte, il presente avviso.

## **Informativa ai sensi dell'art. 13, D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.**

Ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del D.Lgs. n. 196/2003 per la parte non abrogata si informano gli interessati che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della presente procedura.

Per eventuali chiarimenti e/o informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" – P.le Cinelli, 4 – Pesaro, tel. **0721/366382-6205-6210-2926.**

***Il Direttore Generale***  
*Dr.ssa Maria Capalbo*

**N.B.: Il presente bando sarà pubblicato e disponibile sul seguente sito:**

***<http://www.ospedalimarchenord.it>***

*Area "Bandi di concorso"*

Allegato A)

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera  
"Ospedali Riuniti Marche Nord"  
Piazzale Cinelli, 4  
61121 Pesaro

**PROCEDURA SPECIALE PER L' ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER  
PERSONALE FARMACISTA E SANITARIO  
DISPONIBILE AD INCARICHI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE PRESSO AORMN**

Il/la sottoscritto/a.....

**MANIFESTA L' INTERESSE ALLA PROCEDURA IN EPIGRAFE E**

**CHIEDE**

**di essere iscritto nell' elenco di \_\_\_\_\_ al fine di assumere incarico  
professionale presso AORMN con impegno settimanale di n. \_\_\_\_\_ ore**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità:

- 1) di **essere nato/a** a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- 2) di essere **residente a** \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;
- 3) di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_ e/o  
di essere in possesso del seguente indirizzo mail \_\_\_\_\_;
- 4) di essere in possesso della cittadinanza italiana (o equivalente) \_\_\_\_\_;  
ovvero  
di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero di una delle condizioni previste dall'art. 38 D.Lgs. 165/2001 -  
testo vigente - per i cittadini dei Paesi Terzi (*è indispensabile specificare di quale condizione si tratta*)  
\_\_\_\_\_;
- 5) di essere **iscritto/a nelle liste elettorali** del Comune di \_\_\_\_\_;  
ovvero:  
 di **non essere iscritto nelle liste elettorali** per il seguente motivo \_\_\_\_\_;  
  
I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea devono inoltre dichiarare:  
 di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza \_\_\_\_\_;
- 6) di **non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a  
procedimenti penali pendenti**;  
ovvero:  
 di avere riportato le seguenti **condanne penali** e/o di avere i seguenti **procedimenti penali pendenti**  
(*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*)  
\_\_\_\_\_  
(N.B. da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale, beneficio non  
menzione)
- 7) (*Farmacisti*) di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio**:  
\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università  
\_\_\_\_\_

e

della **specializzazione** in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_;

oppure:

di essere iscritto all'ultimo anno del corso di **formazione specialistica** in \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ (durata legale \_\_\_\_\_);

oppure:

di essere iscritto al penultimo anno del corso di formazione specialistica in \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ (durata legale \_\_\_\_\_);

7) (*Tecnici di Laboratorio Biomedico*) di essere in possesso del seguente **titolo di studio:** \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_;

8) di essere iscritto **all'Albo** \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

9) di NON essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra pubblica Amministrazione;

10) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs. 196/03) e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n.196/03.

Chiede, inoltre, di ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla seguente procedura con la seguente modalità (*barrare una sola modalità*):

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ .

**Allega i seguenti documenti:**

- curriculum datato e firmato;
- copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- \_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_