



*Azienda Ospedaliera di Caserta*  
*“Sant’Anna e San Sebastiano”*  
di rilievo nazionale e di alta specializzazione  
Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)  
*Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA FINALIZZATA ALLA STIPULA DI UN CONTRATTO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO PER LO SVOLGIMENTO DEI COMPITI E DELLE FUNZIONI DI SORVEGLIANZA MEDICA DA RISCHI DI RADIAZIONI IONIZZANTI (SORVEGLIANZA CAT. A) e B) PREVISTE DAL D. LGS. N.230/1995 – ART.83 E SEGUENTI, PER L’ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ PROPRIE DELLA FIGURA PROFESSIONALE DI “MEDICO AUTORIZZATO” DELLA DURATA DI DUE ANNI DALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE.**

**Cig ZD3219BEB8**

L’ Azienda Ospedaliera “S. Anna e S. Sebastiano” di Caserta

Indice

Selezione Pubblica finalizzata al conferimento di un incarico di tipo libero professionale, per un candidato in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia e in possesso dei titoli e requisiti di legge per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni di Sorveglianza Medica da rischi di radiazioni ionizzanti previste, ai sensi del Decreto Legislativo n. 230/1995 - art. 77 e s.m.i., D. Lgs. n. 241/2000 e D. Lgs. n. 257/2001, per l’espletamento delle attività proprie della figura professionale di “medico autorizzato per il personale esposto ai rischi di radiazioni ionizzanti (classificati categoria A e B)” per un importo complessivo annuo pari ad un massimale di **Euro 19.000,00 (Euro diciannovemila)**.

Questa AORN garantisce la massima trasparenza in tutte le fasi della procedura di affidamento dell’incarico i cui esiti saranno tempestivamente pubblicati all’Albo Pretorio on line.

**Attività da svolgere**

La partecipazione è aperta a singoli professionisti ed anche a società.

Il soggetto al quale verrà conferito l’incarico dovrà eseguire tale Sorveglianza Medica in conformità a quanto indicato negli artt. 83,84,85,87, 89 e 92 del D. Lgs. n.230/1995, provvedendo altresì ad istituire, aggiornare e conservare la documentazione prevista dall’art.90 del Decreto medesimo, che sarà custodita presso gli Uffici dell’A.O. “S. Anna e S. Sebastiano”: Ufficio Gestione Rischio Radiologico - Servizio Prevenzione e Protezione.

**Dati numerici relativi alla attività da espletare**

Il personale classificato in questa Azienda è pari a circa 211 unità di cui n.115 classificato in cat. A e n.96 in cat. B. Il personale classificato “A” effettua visite ogni sei mesi, per un totale annuo di 230 controlli. Per il personale classificato “B” viene effettuata una visita l’anno, per un totale di 96 controlli in un anno. A queste sono da aggiungere una media di circa 10 visite annue per visite mediche preventive in fase preassuntiva e per visite mediche straordinarie in caso di prescrizione di dispositivo speciale di correzione. In totale sono in un anno circa 336 visite per il personale radio-esposto.

**Requisiti e caratteristiche dei candidati**

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Abilitazione all’esercizio della professione medica
- Iscrizione all’Albo Nazionale dei Medici Autorizzati alla sorveglianza Medica dei Lavoratori radio esposti cui all’art.88 del D. Lgs. n.230/1995;
- Esperienza lavorativa nel pubblico e nel privato, nello specifico settore oggetto della presente selezione.

Il candidato non in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione alla selezione, verrà escluso.

### **Durata del contratto e compenso**

-Durata di due anni dalla data di sottoscrizione del contratto.

-L'incarico di opera professionale in questione è risolvibile in qualsiasi momento a richiesta del committente ai sensi dell'art.2337 del c.c. per giustificato motivo con preavviso di almeno 30 giorni prima della decorrenza del recesso.

-L'incarico prevede un corrispettivo massimo annuo lordo fissato in € 19.000,00 . Gli importi effettivamente corrisposti sono quantificati in base alle visite effettivamente rese al netto dello sconto offerto.

### **Modalità di presentazione della domanda**

Nella domanda (allegata in fac-simile), possibilmente dattiloscritta, che deve fare riferimento alla presente Selezione Pubblica, il professionista/la ditta dovrà indicare in forma di autodichiarazione:

- dati anagrafici: Cognome, Nome, luogo di nascita, luogo di residenza, data di nascita del professionista;
  - il possesso della cittadinanza italiana (ovvero di altro stato dell'Unione Europea);
  - di godere dei diritti civili e politici (*solo per i cittadini stranieri*: di godere dei diritti civili e politici nello Stato di provenienza) ;
  - di non aver mai riportato condanne penali *ovvero* di aver riportato le seguenti condanne penali (*da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale*);
  - di non aver procedimenti penali in corso;
  - il possesso del titolo di studio richiesto;
  - l'iscrizione all'Ordine dei Medici;
  - l'iscrizione all'Albo Nazionale dei Medici Autorizzati alla sorveglianza Medica dei Lavoratori radio esposti di cui all'art.88 del D. Lgs. n.230/1995;
  - di non esser stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
  - di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di gestione della presente procedura valutativa;
  - l'indirizzo, possibilmente anche mail e pec, con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione dello stesso al quale dev'essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente Selezione Pubblica.
- Nel caso di partecipazione di ditta i suddetti requisiti devono essere dichiarati dal legale rappresentante e dal professionista candidato per l'incarico.

### **La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata**

Alla domanda devono essere allegati:

- curriculum professionale datato e sottoscritto dal candidato;
- indicazione del titolo di studio con votazione finale conseguita;
- fotocopia di documento di identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- n. di partita IVA;
- eventuali documentazioni dell'attività svolta;
- elenco dei titoli presentati e delle pubblicazioni allegate, datato e firmato.

Nel caso di partecipazione di ditta i suddetti documenti devono essere sottoscritti dal legale rappresentante e dal professionista candidato per l'incarico.

Le istanze vanno fatte pervenire a mano, o a mezzo servizio postale o corriere autorizzato, in busta chiusa e sigillata, con esternamente la seguente dicitura "**ISTANZA PER LA SELEZIONE DI MEDICO AUTORIZZATO**", al seguente indirizzo: AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO, VIA PALASCIANO 81100 CASERTA, ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12.00 DEL GIORNO 26.01.2018.

## **PROCEDURA VALUTATIVA**

Verificata l'integrità, la tempestività e la correttezza formale della documentazione pervenuta, una apposita Commissione nominata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera procederà alla valutazione comparativa dei curricula e delle offerte presentate dai professionisti, assegnando i punteggi ad ogni partecipante come da tabella sottostante.

Il massimo dei punti conferibili ad ogni candidato è pari a 100 e in caso di parità di punteggio la Commissione, con giudizio insindacabile, sceglierà il candidato con maggiore esperienza di lavoro presso Enti Pubblici e, in caso di ulteriore parità, quello più giovane.

## **CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE:**

### **1. VALUTAZIONE DEI CURRICULA FORMATIVI – MAX 30 PUNTI.:**

1. Tesi di laurea su argomenti attinenti ai profili oggetto della presente valutazione
2. Master e corsi di specializzazione universitaria attinenti l'ambito del servizio
3. Altri corsi attinenti l'ambito del servizio oggetto della presente selezione
4. Seminari e/o convegni nazionali con valore di credito formativo (\*)

(\*) Con obbligo di presentazione degli attestati relativi ai corsi, master, seminari e convegni con specificazione del numero dei crediti formativi correlati.

### **2. VALUTAZIONE DELLE ESPERIENZE LAVORATIVE ANALOGHE - MAX PUNTI 40**

Non saranno valutate esperienze lavorative di durata inferiore ad un anno.

1 Presso strutture pubbliche (\*\*)

2 Presso strutture private (anche non accreditate SSN (\*\*))

(\*\*) Con obbligo di presentazione di attestati di servizio svolti da parte del vincitore della selezione e da cui si evincono tipologia del servizio, mansione affidata, data iniziale e finale del servizio svolto che, comunque, dovranno essere chiaramente elencati in fase di partecipazione alla selezione

### **3. SCONTO PERCENTUALE UNITARIO SU ONORARI BASE\* (MAX 2 CIFRE DECIMALI) – MAX PUNTI 30.**

1 da 0.01 % a 9.99% 5 punti

2 da 10.00% a 19.99 % 10 punti

3 da 20.00% a 29.99% 20 punti

4 da 30% in poi 30 punti

\*Si intende per onorario base la tariffa pubblicata INAIL 2014 per visita base, pari ad €65,00.

Il concorrente che avrà ottenuto il punteggio totale più alto, risultante dalla valutazione del curriculum e della proposta economica, risulterà affidatario dell'incarico in oggetto.

## **PERFEZIONAMENTO DELL’AFFIDAMENTO - OGGETTO E CONDIZIONI DELL’INCARICO**

A seguito della comunicazione dell'affidamento provvisorio, il professionista incaricato dovrà provvedere entro 15 giorni naturali e consecutivi dalla ricezione della comunicazione dell'A.O.R.N. a far pervenire la documentazione in originale comprovante le autodichiarazioni presentate. Resta inteso che questa Azienda attiverà le verifiche d'ufficio delle autocertificazioni presentate.

L'affidamento si intenderà perfezionato e quindi definitivo, solo dopo l'accertamento dei requisiti e dei servizi svolti, auto dichiarati ai sensi del DPR n. 445/2000. Le risultanze dei lavori della Commissione saranno approvati dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera ai sensi della vigente normativa, con apposito provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

ALLEGATO 1

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI  
**MEDICO AUTORIZZATO** presso l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta  
(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con studio (o sede legale) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di partecipare alla procedura selettiva per il conferimento dell'incarico di **MEDICO AUTORIZZATO**  
nella qualità di:

- persona fisica  
 persona giuridica

(barrare l'ipotesi che ricorre)

(solo nel caso di persona giuridica)

Partecipando nella qualità di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il professionista incaricato  
in qualità di "medico autorizzato" è il dott. \_\_\_\_\_ che  
congiuntamente sottoscrive la presente.

In fede : \_\_\_\_\_  
(data) (firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a  
tutti gli effetti di legge.

In fede : \_\_\_\_\_  
(data) (firma)

ALLEGATO 2

- CURRICULUM VITAE IN FORMATO EUROPEO

ALLEGATO 3  
dichiarazione sostitutiva  
di certificazione

PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICO  
DI **MEDICO AUTORIZZATO**

Presso l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta  
(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in

Via \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

con sede in Via \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi,  
ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle  
leggi speciali in materia di falsità negli atti.

**DICHIARA**

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
  - di essere iscritto all'Albo Nazionale dei Medici Autorizzati alla Sorveglianza Medica dei lavoratori radio esposti di cui all'art. 88 del D.Lgs. 230/1995.
- E, inoltre, dichiara:
- Di non essere dipendente con rapporto esclusivo di aziende sanitarie pubbliche;
  - il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
  - il godimento dei diritti civili e politici
  - l'assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
  - l'assenza di procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;
  - di non avere in corso provvedimenti penali pendenti collegati ad inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
  - l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;
  - l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
  - non aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;
  - di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
  - di dare garanzia di reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
  - di avere visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;
  - di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'Inail.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLE DOMANDE, DICHIARA:

|   |   |  |
|---|---|--|
| VALUTAZIONE CURRICULA<br>FORMATIVI<br>MAX PUNTI 30            | 1 -Tesi di laurea su argomenti attinenti ai profili oggetto della presente valutazione .  | 10 punti                                   |
|   | 2-Master e corsi di specializzazione universitaria attinenti l'ambito del servizio oggetto della presente selezione                                 | 5 punti per ogni master o corso            |
|   | 3-Altri corsi attinenti l'ambito del servizio oggetto della presente selezione di durata almeno biennale  | 2 punti per ogni corso                     |
|   | 4-Seminari e/o convegni nazionali con valore di credito formativo .   | 0,10 punti per ogni seminario e/o convegno |
| VALUTAZIONE ESPERIENZE<br>LAVORATIVE ANALOGHE<br>MAX PUNTI 40 | Presso altre strutture specificare, di seguito, tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente.   |  |
|   | 1-Presso strutture pubbliche<br>Specificare, di seguito, tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente.                                | 5 punti x anno                             |
|   | 2-Presso strutture private (anche non accreditate SSN) (**)<br>Specificare, di seguito, tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente. | 1 punto x anno                             |

(\*\*) Con obbligo di presentazione di attestati di servizio svolti da parte del vincitore della selezione e da cui si evincono tipologia del servizio, mansione affidata, data iniziale e finale del servizio svolto che, comunque, dovranno essere chiaramente elencati in fase di partecipazione alla selezione.

Tutte le autodichiarazioni/autocertificazioni sono successivamente verificabili dall'Azienda Ospedaliera e, per i servizi analoghi svolti dovrà essere elencato: tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente, specificando se trattasi di Ente pubblico o privato accreditato, presso il quale si è svolto l'incarico.

In fede: \_\_\_\_\_  
(data) (firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

In fede: \_\_\_\_\_  
(data) (firma)

ALLEGATO 4  
OFFERTA ECONOMICA

PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI  
**MEDICO AUTORIZZATO**  
presso l'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano"

OFFERTA ECONOMICA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

OFFRE

un ribasso percentuale unitario, espresso fino al massimo di due cifre decimali e da applicare su  
tutti i compensi massimi riportati nel presente avviso,

pari al \_\_\_\_\_% diconsi \_\_\_\_\_ per cento.  
(in cifre) (in lettere)

In fede: \_\_\_\_\_  
(data) (firma)

Il firmatario offerente allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli  
effetti di legge.

In fede: \_\_\_\_\_  
(data) (firma)