

AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO PER L'UTILIZZO, A CHIAMATA, DI PERSONALE DELL'ASP DI CATANZARO NELLE COMMISSIONI INPS.

In ragione della Convenzione, siglata in data 18 febbraio 2025, tra la Regione Calabria e l'INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, sulla base dello schema approvato con DCA n. 14 del 23/01/2025 ed in esecuzione della deliberazione n. 548 del 26/05/2025, è indetto avviso per manifestazione di disponibilità per la formazione di un elenco per l'utilizzo, a chiamata, di personale dell'ASP di Catanzaro, nelle Commissioni INPS.

La procedura ha ad oggetto l'acquisizione di disponibilità per l'utilizzo da parte dell'INPS di personale che abbia la figura richiesta dall'accordo ovvero del personale individuato giusto protocollo operativo tra l'INPS e l'ASP di Catanzaro del 17/03/2025, per la formazione di apposito elenco di professionisti da inserire, a chiamata, nelle sedute di Commissione per le quali è prevista la loro specifica presenza:

- N. 1 Medico Oculista;
- N. 1 Medico Otorinolaringoiatra.

In linea di massima si prevedono, per i Medici Specialisti, n. 1 seduta al mese di durata minima 3 ore.

La modalità a chiamata dei professionisti potrà cessare nell'ipotesi in cui l'INPS dovesse prevedere diverse modalità di contrattualizzazione per dette figure.

L'ASP di Catanzaro comunicherà i nominativi dei professionisti resi disponibili allo scopo.

Gli interessati devono produrre apposita domanda indirizzata al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, entro e non oltre il **7° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito web istituzionale [www.asp.cz.it/bandi/bandi di concorso/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/bandi%20di%20concorso/concorsi%20e%20avvisi)**.

Qualora detto giorno sia sabato o festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda deve essere inoltrata con la seguente modalità:

- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: gru.iscrizione.concorsi@pec.asp.cz.it, la validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale. Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata. Si chiede, inoltre di inviare la domanda e gli allegati in formato PDF, inserendo il tutto in un unico file. A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di sottoscrizione della domanda: sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato oppure sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione di un valido documento d'identità.

Resta fermo che l'inoltro della domanda tramite pec, ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, lett. c-bis, del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e s.m.i. e dalla circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo le modalità previste all'art. 38 del DPR n. 445/2000, considerato che

l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di pec, è di per sé sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore di essa e a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Sarà cura del candidato verificare l'avvenuta consegna della domanda inviata tramite la verifica di ricezione delle ricevute di accettazione e consegna. L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files trasmessi.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio.

La domanda di partecipazione, redatta su carta semplice, debitamente sottoscritta dagli interessati, deve essere corredata da:

- Dettagliato Curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Gli elementi del curriculum devono essere riportati in modo esaustivo, al fine di consentire adeguata valutazione in relazione alle attività da svolgere;
- Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità (ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive).

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in qualunque momento, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritti di sorta.

La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Ai sensi della normativa vigente, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per le finalità di gestione dell'avviso in argomento.

Per eventuali informazioni relative alla presente avviso gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro o collegarsi al sito www.asp.cz.it/bandi/concorsi e avvisi, ove potranno reperire copia del presente bando e il modello della domanda di partecipazione.

Il Direttore U.O.C. GRU
Dott.ssa Viviana Marasco

Allegato A
Modello di domanda:

Al Commissario Straordinario
A.S.P. di Catanzaro
Via Vinicio Cortese, 25
88100 CATANZARO

Il sottoscritto, _____, **nato a** _____
il _____ **e residente in** _____ **(Prov. di _____) alla via**
_____ **n. _____ (Cap: _____),**

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura per l'acquisizione di disponibilità per l'utilizzo da parte dell'INPS di personale che abbia la figura richiesta dall'accordo ovvero del personale individuato giusto protocollo operativo tra l'INPS e l'ASP di Catanzaro del **05/03/2024**, per la formazione di apposito elenco di professionisti da inserire, a chiamata, nelle sedute di Commissione per le quali è prevista la loro specifica presenza, pubblicato sul sito web istituzionale – Sezione Concorsi e Avvisi il _____.

In particolare manifesta il proprio interesse per (barrare la casella interessata):

- ☐ Medici Oculisti;
☐ Medici Otorinolaringoiatri;

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità di:

- ◆ Essere nat ____ a _____ **il** _____;
- ◆ Essere residente in _____ **alla Via** _____ **N. _____;**
- ◆ Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Catanzaro nel profilo professionale di _____;
- ◆ Di prestare servizio presso l'U.O. _____;

____l____ sottoscritt____ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr/Sig. _____ Via _____ n. _____
(CAP) _____ Telefono n. _____ PEC _____ MAIL _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

____l____ sottoscritt____ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

____l____/____a sottoscritt____ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto della vigente normativa in materia, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso.

____l____ sottoscritt____ allega alla presente domanda:

- Dettagliato Curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- Copia fotostatica del documento d'identità (ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive).

Data _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____, nato a _____
(provincia _____) il _____, e residente in _____
(provincia _____), Via/piazza _____ n. _____, consapevole delle
responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiaro
quanto segue:

Data

Firma

Si allega fotocopia documento d'identità.