



**PROROGA FINO AL 31/03/2022**

**PROCEDURA SPECIALE DI ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI  
INTERESSE PERSONALE MEDICO  
EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID19**

Dovendo quest'Azienda procedere all'urgente reclutamento di personale Medico al fine di affrontare l'attuale fase della pandemia in corso, contraddistinta, come noto, da una ulteriore recrudescenza delle infezioni da COVID19, si evidenzia la possibilità di adesione per candidati medici alla manifestazione di interesse pubblicata nella sezione "Concorsi ed Avvisi" del sito istituzionale in data 11/11/2020.

Confermando i contenuti e le modalità di adesione alla suddetta manifestazione, si comunica che gli incarichi di collaborazione da conferire avranno durata fino all'attuale perdurare dello stato emergenziale 31/03/2022, eventualmente prorogabile in base all'andamento della pandemia in corso.

Le candidature, utilizzando l'apposito modello di domanda allegato, dovranno pervenire esclusivamente al seguente indirizzo pec: [direzione.sanitaria@pec.aocs.it](mailto:direzione.sanitaria@pec.aocs.it)

In allegato la manifestazione di interesse in scadenza al 31.12.2021 con schema di domanda a corredo.

  
**Il Direttore Amministrativo**  
**Dott. Angelo Vittorio Sestito**

  
**Il Commissario straordinario**  
**Prof.ssa Isabella Mastrobuono**

## **PROCEDURA SPECIALE PER ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

### **Personale Medico**

#### **AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID -SARS 2**

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, questa Azienda Ospedaliera emette il presente avviso pubblico rivolto a raccogliere manifestazioni d'interesse per la formazione di un elenco di medici, anche in quiescenza, disponibili ad essere impiegati a svolgere attività assistenziale nell'ambito degli Stabilimenti Ospedalieri di questa Azienda.

L'Azienda Ospedaliera ricevuta la manifestazione d'interesse si riserva la possibilità di conferire, in via eccezionale, incarichi di natura occasionale e temporanea che in nessun caso può configurare un rapporto di dipendenza.

#### **REQUISITI DI ACCESSO**

- Laurea in medicina e chirurgia;
- Iscrizione ordine dei medici chirurghi.

Gli interessati dovranno altresì dichiarare sotto la propria responsabilità di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse anche potenziale con il SSN e /o di incompatibilità in quanto titolari di rapporto di lavoro sia pubblico che privato.

#### **CONDIZIONI**

A fronte dell'erogazione delle prestazioni mediche è previsto un compenso orario pari ad euro 60,00.

La durata dell'incarico è di sei mesi eventualmente prorogabile e, comunque, correlata al perdurare delle necessità assistenziali.

L'impegno orario sarà concordato dall'Azienda con il professionista a seconda della disponibilità manifestata e delle necessità aziendali.

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**

La manifestazione d'interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione del modulo allegato e inviata, unitamente alla copia di valido documento d'identità e curriculum vite datato e firmato, a seguente indirizzo di posta elettronica certificata [direzione.sanitaria@pec.aocs.it](mailto:direzione.sanitaria@pec.aocs.it)

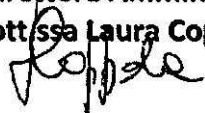
La Direzione Sanitaria Aziendale, sulla base delle disponibilità e delle necessità assistenziali e dei curricula degli interessati procederà all'individuazione dei professionisti inseriti nell'elenco.

## SCADENZA

Il presente avviso rimane aperto sino alla copertura delle necessità assistenziali legate allo stato di emergenza.

Cosenza li 10-11-2020

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Laura Coppola



Il Direttore Sanitario f.f.  
dott. Francesco Zinno



**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI  
MEDICI, ANCHE IN QUIESCENZA, DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO  
L'AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA  
COVID –SARS 2**

\_\_l\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel/cell. \_\_\_\_\_ indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO  
NELL'ELENCO DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO CODESTA  
AZIENDA OSPEDALIERA IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID SARS 2**

**DICHIARA**

**Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000s.m.i consapevole  
delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000, in caso di  
dichiarazioni mendaci, quanto segue:**

- Di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_;
- Di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse, anche potenziale con il SSN;
- Di non avere rapporti di impiego pubblico o privato o trovarsi in situazioni di incompatibilità;

Allega alla presente:

- d'identità
- 

copia valido documento  
curriculum vitae

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**