



Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'U.L.S.S. N°2 Marca Trevigiana

Iscritta al Registro delle Imprese di Treviso, Codice Fiscale e Partita IVA n. 03809980265  
Cap. Sociale Euro 8.300.000 i.v.  
Via Padre Leonardo Bello 3/c  
31045 Motta di Livenza (TV)  
Tel. 0422 287111 - Fax 0422 287321  
E-mail: info@ospedalemotta.it  
Web: www.ospedalemotta.it

Prot. n. 2524 del 12/10/2022

## **AVVISO PUBBLICO PER LA COSTITUZIONE DI ELENCHI APERTI DI MEDICI PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER L'ESECUZIONE DI ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE – DISCIPLINE VARIE**

L'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.A. (O.R.A.S.) ricerca medici specializzati per il conferimento di incarichi libero-professionali ex art. 2222 e 2229 del Codice Civile per l'esecuzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime SSN da rendere presso le proprie sedi.

Le branche specialistiche di interesse sono le seguenti:

- Allergologia
- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Vascolare – angiologia
- Dermosifilopatia equipollenti o affini;
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Medicina dello Sport
- Medicina Fisica e Riabilitazione
- Neurologia
- Oculistica
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pneumologia
- Radiologia Diagnostica
- Urologia

E' altresì prevista la possibilità di eseguire attività in regime di Libera Professione Nominale.

A tal fine, O.R.A.S. S.p.A. intende procedere alla costituzione di specifici elenchi, suddivisi per branca specialistica, a cui attingere per il conferimento di eventuali incarichi libero professionali.

### **OGGETTO DELL'INCARICO**

Il Professionista dovrà garantire l'esecuzione di attività specialistica ambulatoriale nella Specializzazione di cui è in possesso.

L'incarico in argomento sarà svolto dal Professionista in modo autonomo e senza alcun vincolo di subordinazione, né di esclusività, fermo restando l'obbligo di coordinare l'attività professionale con le esigenze organizzative del Servizio in cui viene effettuata la prestazione.

L'attività prestata non comporta in nessun caso l'instaurazione di rapporto di lavoro subordinato con O.R.A.S.

## REQUISITI DI AMMISSIONE

- **GENERALI:**

- a) Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadinanza di uno degli Stati dell'Unione Europea; è ammessa, inoltre, la cittadinanza di uno Stato non appartenente all'Unione Europea. In tal caso il candidato deve essere in possesso di regolare permesso di soggiorno. I cittadini stranieri devono avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
- b) non avere rapporti di lavoro subordinato in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

- **SPECIFICI:**

- a) Diploma di specializzazione in una delle discipline di seguito elencate (o disciplina equipollente (Decreto del Ministero della Sanità del 30/01/1998) o disciplina affine (Decreto del Ministero della Sanità del 31/01/1998):
  - Allergologia o equipollenti o affini
  - Cardiologia o equipollenti o affini;
  - Chirurgia Generale o equipollenti o affini;
  - Chirurgia Plastica o equipollenti o affini;
  - Chirurgia Vascolare o equipollenti o affini;
  - Dermatologia o equipollenti o affini;
  - Endocrinologia o equipollenti o affini;
  - Gastroenterologia o equipollenti o affini;
  - Malattie dell'Apparato Respiratorio o equipollenti o affini;
  - Medicina dello Sport o equipollenti o affini;
  - Medicina Fisica Riabilitativa o equipollenti o affini;
  - Neurologia o equipollenti o affini;
  - Oftalmologia o equipollenti o affini;
  - Ortopedia e Traumatologia o equipollenti o affini;
  - Ginecologia e Ostetricia o equipollenti o affini;
  - Otorinolaringoiatria o equipollenti o affini;
  - Radiodiagnostica o equipollenti o affini;
  - Urologia o equipollenti o affini.
- b) Iscrizione ad un Ordine dei Medici in Italia.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

I titoli di studio conseguiti all'estero devono avere ottenuto il necessario riconoscimento in Italia da parte del Ministero della Salute, la cui documentazione deve essere allegata alla presente domanda di partecipazione.

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

Il Professionista interessato a collaborare con O.R.A.S., può manifestare il proprio interesse compilando il modulo allegato al presente avviso (Allegato A) unitamente a:

- curriculum formativo e professionale datato e sottoscritto;
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- eventuale documentazione di riconoscimento del titolo in Italia.

La domanda dovrà pervenire con una delle seguenti modalità:

- P.E.C.: [direzione.generale@pec.ospedalemotta.it](mailto:direzione.generale@pec.ospedalemotta.it)
- Mail: [direzione.generale@ospedalemotta.it](mailto:direzione.generale@ospedalemotta.it)

L'oggetto della comunicazione dovrà riportare: "Avviso pubblico per la costituzione di elenchi aperti di medici per il conferimento di incarichi libero professionali".

### **MODALITA' DI COSTITUZIONE DEGLI ELENCHI**

La formazione e la gestione di ogni singolo elenco, suddiviso per branca specialistica, è regolata dalle seguenti disposizioni:

1. l'elenco ha natura aperta;
2. O.R.A.S. procederà alla protocollazione delle richieste di manifestazione ed a riportarle, in ordine di arrivo, nell'elenco della specialità di riferimento;
3. un primo elenco verrà costituito entro 10 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso e verrà aggiornato periodicamente, di norma con cadenza almeno trimestrale;
4. tutti i documenti relativi alla manifestazione d'interesse dei medici specialisti e gli elenchi aperti verranno conservati per un periodo di tre anni a partire dal ricevimento delle candidature e dalla costituzione degli elenchi, salvo contenzioso in atto, in questo caso il prolungamento della conservazione sarà effettuato esclusivamente per tale finalità.

### **MODALITÀ DI ASSEGNAZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INCARICO**

A seconda delle specifiche necessità, O.R.A.S., per il tramite della Direzione Sanitaria, nel rispetto dell'ordine di iscrizione, contatterà i Medici iscritti nell'elenco, per valutare la disponibilità del Professionista, finalizzata al conferimento di un eventuale incarico libero professionale.

Individuati il/i professionista/i a cui affidare l'incarico, O.R.A.S. provvederà alla stipula di un contratto d'opera libero professionale ai sensi degli artt. 2222 e 2229 del Codice Civile.



Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'U.L.S.S. N°2 Marca Trevigiana

Iscritta al Registro delle Imprese di Treviso, Codice Fiscale e Partita IVA n. 03809980265  
Cap. Sociale Euro 8.300.000 i.v.  
Via Padre Leonardo Bello 3/c  
31045 Motta di Livenza (TV)  
Tel. 0422 287111 - Fax 0422 287321  
E-mail: [info@ospedalemotta.it](mailto:info@ospedalemotta.it)  
Web: [www.ospedalemotta.it](http://www.ospedalemotta.it)

Ai fini del conferimento dell'incarico libero professione, il medico dovrà essere in possesso di:

- specifica polizza per la responsabilità civile professionale con massimale di risarcimento non inferiore ad € 500.000,00 (cinquecentomila/00) per ogni sinistro e serie di sinistri, valida per tutte le tipologie di danno di natura professionale correlate all'attività esercitata e con un'operatività a primo rischio assoluto anche in presenza di altra eventuale polizza di responsabilità civile contratta da ORAS;
- partita IVA che dovrà essere attiva al momento della stipula del contratto individuale.

### **PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO**

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito web aziendale <https://www.ospedalemotta.it/it/lavora-in-oras/incarichi-di-lavoro-autonomo>.

### **DISPOSIZIONI FINALI**

O.R.A.S. si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone notizia agli interessati.

Per eventuali ulteriori informazioni, si potrà scrivere all'indirizzo mail : [direzione.generale@ospedalemotta.it](mailto:direzione.generale@ospedalemotta.it)

f.to Orianna Romanello  
Amministratore Delegato

Allegati:

- Modello domanda (allegato A)