

Viale Europa – Europaallee 31
39100 BOLZANO BOZEN
Tel. 0471-560211 – Fax 0471-560301
E mail: altoadige@inail.it PEC altoadige@postacert.inail.it

Avviso di selezione comparativa per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7 del decreto legislativo 30.3.2001, n. 165:

- **medico specialista otorinolaringoiatra** per consulenze relative a infortuni sul lavoro e malattie professionali

La Direzione Provinciale INAIL di Bolzano

- VISTO l'articolo 7, comma 6 bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, il quale prevede che le amministrazioni pubbliche disciplinino e rendano pubbliche, secondo i propri ordinamenti, procedure di selezione comparative per il conferimento di incarichi di collaborazione;

- VISTA la delibera del Presidente - Commissario Straordinario n. 222 del 19 novembre 2009, con la quale viene emanato il regolamento per la disciplina delle procedure di selezione comparative del conferimento degli incarichi di collaborazione;

- ACCERTATO che le esigenze sotto indicate non possono essere coperte con le professionalità disponibili all'interno delle Sedi INAIL in provincia di Bolzano;

RENDE NOTO

che intende conferire un incarico a professionista specializzato in otorinolaringoiatria regolarmente iscritti all'Albo dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri

Prestazione richiesta:

- Visita specialistica con relazione medico legale
- Visita comprensiva d'esame impedenziometrico e audiometrico con relazione scritta

Le visite sono da effettuarsi entro 30 giorni dalla richiesta dell'INAIL.

Öffentliche Kundmachung eines Auswahlverfahrens für die Vergabe von Mitarbeiteraufträgen laut Art. 7 des GvD vom 30.3.2001, Nr. 165:

- **Facharzt für HNO** Krankheiten für Gutachten betreffend Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Die Landesdirektion des INAIL Bozen

- NACH EINSICHTNAHME des Art. 7, Absatz 6-bis, des GvD vom 30.3.2001, Nr. 165, welcher vorsieht, dass die öffentlichen Verwaltungen Regeln für Auswahlverfahren zur Erteilung von Mitarbeiteraufträgen schaffen und gemäß ihren Ordnungen öffentlich kundmachen;

- NACH EINSICHTNAHME des Beschlusses des Präsidenten – Außerordentlichen Kommissars Nr. 222 vom 19.11.2009, mit welchem die Ordnung für die Auswahlverfahren für die Erteilung von Mitarbeiteraufträgen erlassen worden ist;

- FESTGESTELLT, dass es nicht möglich ist mit den bestehenden Humanressourcen des INAIL in der Provinz Bozen den unten angeführten Bedarf abzudecken;

GIBT BEKANNT

dass beabsichtigt wird eine Beauftragung an Facharzt in HNO Krankheiten mit ordnungsgemäßer Eintragung im Berufsverzeichnis der Ärzte in Chirurgie und Zahnärzte zu vergeben.

Erwartete Leistung:

- Fachärztliche Visite mit medizinischer Bericht
- Visite bestehend aus Impedenziometrie und Audiometrie mit schriftlicher Bericht

Die Visiten sind innerhalb einer Frist von höchstens 30 Tage von der Anfrage des INAIL durchzuführen.

Durata dell'incarico: L'incarico avrà durata di **24 mesi** con decorrenza dalla data di affidamento e non prevede la possibilità di tacito rinnovo. L'incarico di opera professionale in questione è risolvibile in qualsiasi momento a richiesta del committente ai sensi dell'art. 2237 del C.C. per giustificato motivo con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima della decorrenza del recesso.

Luogo della prestazione: in provincia di Bolzano, presso l'ambulatorio medico da indicare, cui l'INAIL provvederà ad inviare i propri assistiti muniti di apposita impegnativa.

Consegna della relativa attività per come specificata in premessa entro 5 gg. lavorativi dalla effettuazione della visita.

Visita specialistica con relazione medico legale
€ 60,00

Visita comprensiva dell'esame impedenziometrico e audiometrico con relazione scritta **€ 102,97**

I compensi sono da intendersi IVA esclusa e saranno corrisposti mediante bonifico bancario a seguito di emissione della relativa fattura elettronica ai sensi del D.M. n.55 del 03.04.2013 e della Legge n.244 del 24 dicembre 2007, art.1 commi da 209 a 213. Nei contratti di consulenza che verranno stipulati, saranno indicate sia le nuove modalità di fatturazione che i codici da utilizzare per la valorizzazione dei campi obbligatori previsti dalla sopracitata normativa.

L'INAIL provvederà al pagamento delle fatture emesse dallo specialista incaricato entro 30gg dalla ricezione, nelle quali dovranno essere indicate le prestazioni eseguite.

Requisiti per il conferimento dell'incarico:

Potranno partecipare alla selezione i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

1. Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;

Dauer der Beauftragung: Der Auftrag hat eine Dauer von **24 Monaten** ab Beauftragungsdatum und sieht keine stillschweigende Erneuerung vor. Der vorliegende freiberufliche Werkvertrag kann jederzeit vom Auftraggeber im Sinne des Art. 2237 des ZGB aus berechtigten Gründen mit einer Vorankündigung von mindestens 30 (dreißig) Tagen vor dem Datum des Rücktrittes aufgekündigt werden.

Ort der Leistungserfüllung: in der Provinz Bozen im anzugebenden fachärztlichen Ambulatorium, an welches INAIL seine Betreuten zusammen mit der entsprechenden Verschreibung hinleiten wird.

Erfüllung und Abgabe der Leistung so wie oben angeführt innerhalb 5 Arbeitstagen ab erfolgter Visite.

Fachärztliche Visite mit medizinischer Bericht
€ 60,00

Visite bestehend aus Impedenziometrie und Audiometrie mit schriftlicher Bericht **€ 102,97**

Die Bezüge sind ohne Berücksichtigung der MwSt. angegeben und werden mittels Bankgutschrift aufgrund Ausstellung der entsprechenden elektronischen Rechnung im Sinne des M.D. Nr. 55 vom 03/04/2013 und des Gesetzes Nr. 244 vom 24. Dezember 2007, Art.1, Absätze von 209 bis 213. In den abzuschliessenden Mitarbeiterverträgen werden sowohl die neuen Modalitäten für die Fakturierung, als auch die Kodexe angegeben sein, die beim Ausfüllen der von den obgenannten Bestimmungen vorgesehenen Pflichtfelder zu benutzen sind.

INAIL stellt innerhalb 30 Tagen ab Empfang der vom Facharzt ausgestellten Rechnungen, auf welchem die durchgeführten Leistungen anzugeben sind, in Zahlung.

Voraussetzungen für die Beauftragung:

Am Auswahlverfahren können die Freiberufler teilnehmen, welche im Besitz der folgenden Voraussetzungen sind:

1. Doktordiplom in Medizin und Chirurgie

Viale Europa – Europaallee 31
39100 BOLZANO BOZEN
Tel. 0471-560211 – Fax 0471-560301
E mail: altoadige@inail.it PEC altoadige@postacert.inail.it

- | | |
|--|---|
| <p>2. Abilitazione all'esercizio professionale;</p> <p>3. Iscrizione presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;</p> <p>4. Specializzazione in otorinolaringoiatria;</p> <p>5. Svolgimento esclusivo di attività libero professionale senza rapporti con Enti Privati.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cittadinanza Italiana o di uno degli Stati membri U.E.; <p>7. Godimento dei diritti civili e politici;</p> <p>8. Assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione e o provvedimenti iscritti nel casellario giudiziale;</p> <ul style="list-style-type: none">- Assenza di procedimenti penali in corso;- Assenza di incompatibilità di legge ai sensi del D.Lgs. 8 aprile 2013 n.39 e ove prevista, autorizzazione dell'Ente o Azienda d'appartenenza | <p>2. Befähigung zur Berufsausübung;</p> <p>3. Eintragung in der Berufskammer der Ärzte und Zahnärzte;</p> <p>4. Fachausbildung in HNO Krankheiten;</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausschließliche, freiberufliche Tätigkeit ohne Verhältnis mit privaten Körperschaften;- Besitz der italienischen Staatsbürgerschaft oder jene eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union;- Besitz der bürgerlichen und politischen Rechte;- Keine Verurteilungen wegen Straftaten oder präventive Maßnahmen verhängt bekommen zu haben oder Eintragungen im Strafregister aufzuscheinen zu haben;- Keine Strafverfahren anhängig zu haben;- Inexistenz einer gesetzlichen Unvereinbarkeit gemäß Gvd Nr.39 vom 8 April 2013 und, wo vorgesehen Ermächtigung der Körperschaft oder des Betriebes, welchem der Bewerber angehört |
|--|---|

Domanda di partecipazione

Gli aspiranti dovranno inviare la documentazione in seguito indicata:

- a) istanza di ammissione redatta in conformità all'allegato 1 del presente avviso;
- b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato 2) che attesti:
il possesso dei requisiti sopra indicati di possedere un grado di conoscenza della lingua italiana e tedesca che garantisca il pieno svolgimento di tutte le attività connesse con l'incarico;
- c) curriculum vitae in formato europeo (allegato 3);

La domanda di partecipazione deve essere redatta in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione

Teilnahmegesuch

Die Bewerber müssen folgende Unterlagen einreichen:

- a) Teilnahmegesuch, welches entsprechend dem Vordruck Anlage 1 dieser Kundmachung verfasst ist;
- b) Ersatzerklärung der Notariatsurkunde (Anlage 2), in welcher bestätigt wird:
Der Besitz der o. a. Voraussetzungen
Die Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache in einem Ausmaß, welches die volle Ausübung aller mit dem Auftrag verbundenen Tätigkeiten gewährleistet.
- c) Europäischer Lebenslauf- Formular(Anlage 3);

Das Teilnahmegesuch ist in der Form der Ersatzerklärung der Notariatsurkunde im Sinne des DPR Nr. 445/2000 entsprechend den Anlagen 2 und

Viale Europa – Europaallee 31
39100 BOLZANO BOZEN
Tel. 0471-560211 – Fax 0471-560301
E mail: altoadige@inail.it PEC altoadige@postacert.inail.it

e di atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000 conforme agli allegati 2 e 3, allegando fotocopia del documento di identità valido.

Tutte le autodichiarazioni sono successivamente verificabili dall'INAIL.

Il plico in busta chiusa contenente le autodichiarazioni di cui agli allegati 1 e 2 deve pervenire, alla Direzione Provinciale di Bolzano dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - Viale Europa n. 31, 39100 Bolzano, - entro e non oltre le ore **12 del 29/12/2017** (farà fede il timbro di arrivo apposto dall'INAIL).

Sul fronte della busta dovrà essere apposta la seguente dicitura **“AFFIDAMENTO INCARICO PROFESSIONALE DI CONSULENTE OTORINOLARINGOIATRA** “ oltre all'indirizzo, recapito telefonico e di fax del mittente.

L'invio del plico è ad esclusivo rischio del mittente e non sarà tenuto conto dei plichi che pervenissero in ritardo, intendendosi l'Inail esonerato da ogni responsabilità di eventuali ritardi di recapito, anche se dovuti a causa di forza maggiore o per la spedizione effettuata ad un indirizzo diverso da quello sopraindicato.

Oltre il termine perentorio sopra indicato, non sarà riconosciuta valida alcuna offerta anche sostitutiva o aggiuntiva dell'offerta precedente.

E' consentito altresì l'invio della domanda tramite posta elettronica certificata (PEC) da inoltrare al seguente indirizzo :
altoadige@postacert.inail.it

Valutazione delle offerte

Questo Istituto individuerà il medico cui conferire l'incarico attraverso una procedura di selezione con comparazione dei curriculum professionali.

Si procederà al conferimento dell'incarico anche in presenza di una unica offerta valida.

L'apertura delle buste verrà effettuata presso la Direzione provinciale Inail di Bolzano alle ore 12.15

3 zu verfassen, wobei die Kopie des gültigen Personalausweises beizulegen ist.

Alle Eigenerklärungen können zu einem späteren Zeitpunkt von INAIL überprüft werden.

Der verschlossene Umschlag mit den Selbsterklärungen laut Anlagen 1 und 2 muss ausschließlich bei der Landesdirektion der Gesamtstaatlichen Versicherungsanstalt für Arbeitsunfälle - Europaallee 31, 39100 Bozen, einlangen und zwar innerhalb **12 Uhr des 29/12/2017** (als Beweis gilt der Eingangsstempel des INAIL).

Auf der Vorderseite des Umschlages muss folgende Aufschrift **„VERGABE DER BEAUFTRAGUNG ALS FACHARZT F. HNO KRANKHEITEN** , sowie die Anschrift, Telephon Nr. und Fax des Absenders angebracht werden.

Für die Einsendung des Umschlages trägt allein der Absender alle Risiken; verspätet eingesendete Umschläge bleiben unberücksichtigt. Die Anstalt übernimmt keinerlei Verantwortung für allfällige Verspätungen aufgrund höherer Gewalt, bzw. weil der Umschlag an eine andere Adresse, als die oben angegebene, gesendet worden ist.

Nach dem unverschiebbaren, oben angegebenen Termin ist jedes Angebot ungültig, auch wenn es sich um Ersatzangebote oder zusätzliche Angebote handelt.

Das Ansuchen kann auch mittels zertifizierter E- Mail (PEC) eingereicht werden , ausschließlich an folgende E-Mail-Adresse:

altoadige@postacert.inail.it

Bewertung der Angebote

Diese Anstalt wählt den Arzt, welchem der Auftrag erteilt werden soll, mittels eines Verfahrens durch Vergleich der beruflichen Kurrikula.

Der Auftrag wird vergeben auch wenn nur ein einziges Angebot vorliegt.

Die Umschläge werden im Rahmen einer öffentlichen Sitzung bei der Landesdirektion des INAIL am 29/12/2017 um 12.15 Uhr auch in Abwesenheit der Bewerber geöffnet.

Viale Europa – Europaallee 31
39100 BOLZANO BOZEN
Tel. 0471-560211 – Fax 0471-560301
E mail: altoadige@inail.it PEC altoadige@postacert.inail.it

del 29/12/2017 in seduta pubblica anche in assenza dei concorrenti.

Criteri di valutazione delle offerte

1. qualificazione professionale desunta dai titoli di studio e culturali posseduti; verranno attribuiti **max 20 punti**;
2. esperienza professionale desunta dal curriculum; si terrà conto delle esperienze pregresse connesse con l'attività oggetto dell'incarico e verranno attribuiti **max 30 punti**;
3. grado di conoscenza delle lingue italiana e tedesca desunto dal tipo di attestato posseduto; verranno attribuiti **max 20 punti**.

Trattamento dei dati personali

I dati dei quali l'INAIL entrerà in possesso saranno trattati esclusivamente per finalità di gestione della presente procedura nel rispetto del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Pubblicazione dell'avviso

Il presente avviso è pubblicato sul sito Internet dell'INAIL www.inail.it

Responsabile del procedimento

Dott.ssa Tiziana Toccaceli t.toccaceli@inail.it – 0471-560264

Per ogni eventuale informazione contattare:

Dott.ssa Tiziana Toccaceli t.toccaceli@inail.it – 0471-560264

Bewertungskriterien der Angebote

1. berufliche Qualifikation, welche aus den besessenen Studientiteln und kulturellen Titeln hervorgeht; es werden **max. 20 Punkte** vergeben;
2. berufliche Erfahrung, welche aus dem Kurrikulum hervorgeht; berücksichtigt werden vorhergehende Erfahrungen, welche mit den Tätigkeiten die Gegenstand des Auftrages sind zusammenhängen; es werden **max. 30 Punkte** vergeben;
3. Kenntnisgrad der italienischen und deutschen Sprache, welcher aus dem besessenen Nachweis hervorgeht; es werden bis zu **max. 20 Punkte** vergeben.

Behandlung der persönlichen Daten

Die Daten, welche in den Besitz des INAIL gelangen, werden ausschließlich zum Zweck des vorliegenden Verfahrens unter Beachtung des GvD 163/2003 und nachfolgenden Abänderungen und Zusätzen behandelt.

Veröffentlichung der Kundmachung

Diese Kundmachung ist auf den Internetseiten des INAIL www.inail.it

Verantwortlicher des Verfahrens

Dr.Tiziana Toccaceli t.toccaceli@inail.it – 0471-560264

Für jede eventuelle Auskunft kontaktieren Sie:

Dr. Tiziana Toccaceli t.toccaceli@inail.it – 0471-560264

IL DIRETTORE PROV.LE / DER LANDESDIREKTOR
Dr.Mira Vivarelli

Allegato 1-I

Dichiarazione inerente la partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento di incarico di medico otorinolaringoiatra

Il/La Sottoscritto/a

Nome	Cognome (le candidate coniugate devono indicare il cognome da nubili)
nato/a il	nato/a a.....
Cod. fiscale.....	Partita IVA
Comune (recapito al quale vanno inviate le comunicazioni)	CAP
Frazione/Via	n. tel. e-mail

DICHIARA

Che intende partecipare alla procedura comparativa in oggetto

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.:

- di essere cittadino italiano o di uno stato membro dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti politici e civili ;
- di essere in possesso dei titoli di studio e professionali richiesti dal presente avviso;
- di essere iscritto all'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di: _____ - _____
- di essere in possesso del titolo di specializzazione in otorinolaringoiatria;
- di possedere un grado di conoscenza della lingua italiana e tedesca che garantisca il pieno svolgimento di tutte le attività connesse con l'incarico;
- l'insussistenza di errori o inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne sia conseguita l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività in oggetto;
- l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti di tale natura;
- di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il corrente;
- di aver visionato tutta la documentazione della presente procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti;

Indirizzo dell' ambulatorio:-----

data

firma

.....

.....

N.B. La firma in calce alla dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia di valido documento di identità del dichiarante

Erklärung zur Teilnahme am Auswahlverfahren für die Beauftragung als Facharzt für HNO Krankheiten

Der / Die Antragsteller/in

Name	Zuname (Verheiratete müssen ihren Mädchennamen angeben)
geboren am.....	geboren in.....
Steuerkodex.....	MwSt.Nr.
Gemeinde (Anschrift an welche Mitteilungen gesendet werden).....	PLZ
.....	
Fraktion/Straße.....	Tel.
	Nr..... e-mail

Beantragt

Am oben angeführten Verfahren teilzunehmen . Zu diesem Zweck gibt der/die Antragsteller/in eigenverantwortlich gemäß Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445/2000 IGF und im Bewusstsein der strafrechtlichen Folgen einer Falscherklärung, welche vom Art. 76 des oben genannten D.P.R. vorgesehen sind

Gibt folgende Erklärung ab:

- italienische Staatsbürger/in zu sein oder einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union anzugehören,
- im Besitz der politischen und bürgerlichen Rechte zu sein
- Im Besitz der von dieser Kundmachung vorgesehenen Studientitel und beruflichen Titel zu sein
- Im Verzeichnis der Berufskammer der Ärzte der Chirurgie und der Zahnärzte von _____ eingetragen zu sein
- Im Besitz des Facharztstitels in HNO Krankheiten zu sein
- Eine Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache zu besitzen in einem Ausmaß, welches die volle Ausübung aller mit dem Auftrag verbundenen Tätigkeiten gewährleistet;
- Dass keine schweren Fehler oder Unterlassungen während der Berufsausübung vorliegen, aufgrund welcher der Entzug der Befähigung für die Ausübung der Tätigkeit selbst erfolgt ist
- Dass keine Unvereinbarkeiten in Hinblick auf die auszuübenden Tätigkeiten bestehen
- Dass keine Umstände bestehen, welche eine Unfähigkeit mit der öffentlichen Verwaltung Verträge abzuschließen bedingen
- dass gegen ihn/sie keine strafrechtlichen Verurteilungen verhängt worden sind und auch keine strafrechtlichen Verfahren behängen,
- In den letzten fünf Jahren, einschließlich das Laufende, von Seiten einer öffentlichen Verwaltung keine Vertragsauflösung wegen mangelnder Erfüllung der Verpflichtungen erfahren zu haben
- Einsicht in die gesamten Unterlagen dieses Verfahrens genommen zu haben und deren Vorschriften, Bedingungen und Verpflichtungen gänzlich anzunehmen;

Adresse Ambulatorium:-----

Datum

Unterschrift

N.B. Zwecks Gültigkeit der vorliegenden, vom Kandidaten unterschriebenen, Erklärung muss eine Kopie des Personalausweises beigelegt werden.

Anlage 2-T

Erklärung zur Teilnahme am Auswahlverfahren für die Beauftragung als Facharzt in HNO Krankheiten

ERSATZERKLÄRUNG FÜR BESCHEINIGUNGEN / NOTORIETÄTSAKT
Ausgestellt im Sinne der Artt. 38 – Abs. 3 – 46 und 47 des DPR Nr. 445 vom 28/12/2000

Der / Die Unterfertigte

Vorname	Zuname (Verheiratete müssen den Mädchennamen angeben)
Geboren am	InProv.
Wohnsitzgemeinde	Prov.
Fraktion / Straße	Nr Tel. e-mail

ERKLÄRT

Eigenverantwortlich und im Bewusstsein der strafrechtlichen und zivilrechtlichen Folgen einer Falscherklärung, welche vom Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28/12/2000 vorgesehen sind

Im Besitz folgender Titel zu sein:

Datum _____

Unterschrift _____
(ausgeschrieben und leserlich)

Zwecks Gültigkeit der vorliegenden, vom Kandidaten unterschriebenen, Erklärung muss eine Photokopie des Personalausweises beigelegt werden.