

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI N. 3 INCARICHI PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN CURE PALLIATIVE PER ATTIVITÀ INERENTI IL PROGETTO: "L'ASSISTENZA DOMICILIARE DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE"

Visti:

- l'art. 15-octies del D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 ss.mm.ii., recante "Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati"
- l'art. 7 del D. Lgs. n. 165/2001, e sue modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Aziendale per l'affidamento di incarichi professionali, a norma dell'art. 7, comma 6, 6 bis e 6 quater del D.LGS 165/01 e s.m.i., approvato con provvedimenti del Direttore generale n. 315/2010

SI RENDE NOTO CHE

in esecuzione del Provvedimento del Direttore Generale n. 205 del **08 MAR. 2017** viene indetto il seguente Avviso Pubblico, per la formazione di una graduatoria, per soli titoli, da utilizzare per il conferimento di incarico libero professionale a **n. 3 medici specialisti in cure palliative** della durata di un anno, per le attività inerenti la linea progettuale "Rete del dolore e cure palliative: Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica" Progetto "L'assistenza domiciliare di cure palliative e terapia del dolore", approvato con DCA n. 40/2014, nell'ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN anno 2013:

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI:

Sono richiesti i seguenti requisiti, da possedere alla data di scadenza del presente avviso:

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Abilitazione all'esercizio della professione
- Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi
- Specializzazione relative alla disciplina Cure Palliative (Decreto Ministero della Salute 28.03.2013) ovvero aver svolto alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate (Decreto Ministero della Salute 4 giugno 2015) .

Discipline equipollenti:

- Anestesia e Rianimazione
 - Ematologia
 - Malattie infettive
 - Neurologia
 - Oncologia
 - Pediatria
 - Radioterapia
 - Medicina Interna
- Esperienza lavorativa certificata di almeno 6 mesi nei servizi di cure palliative di Sanità Pubblica

TIPOLOGIA COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

L'incarico avrà durata di anni uno, richiederà un impegno lavorativo di circa 38 ore settimanali, secondo una programmazione compatibile con le esigenze di funzionalità dell'unità operativa di assegnazione e d'intesa con il Responsabile Scientifico del progetto.

Il compenso annuo lordo onnicomprensivo è determinato in **€ 88.650,00**, comprensivo di qualsivoglia onere (iva, ritenute fiscali, ecc..) e di eventuali spese di trasferta.

L'incarico sarà regolato da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art.2222 e ss. cod. civ., senza vincolo di subordinazione.

L'incarico avrà durata annuale , con decorrenza dalla data di stipula del contratto .

All'atto del conferimento dell'incarico, il professionista dovrà provvedere a stipulare e presentare all'ASReM idonea polizza assicurativa per la copertura degli Infortuni e della Responsabilità Civile verso Terzi in relazione all'attività professionale da prestare

PRESENTAZIONE DOMANDE

Le domande **redatte su carta semplice debitamente firmate e datate**, indirizzate al Direttore Generale dell'ASReM - Via Ugo Petrella, 1 – 86100 Campobasso - **devono pervenire entro e non oltre il 15° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul BURM . Si precisa che non verranno prese in considerazione le domande presentate prima della pubblicazione del presente avviso sul BURM.**

1. per posta a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, in busta chiusa recante la dicitura **“Avviso pubblico per il conferimento incarico libero professionale MEDICI CURE PALLIATIVE - Progetto “L'assistenza domiciliare di cure palliative e terapia del dolore”**

ovvero alternativamente

2. a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo **asrem@pec.it**, con indicazione nell'oggetto della dicitura **“Avviso pubblico per il conferimento incarico libero professionale MEDICI CURE PALLIATIVE - Progetto “L'assistenza domiciliare di cure palliative e terapia del dolore”** Si precisa che tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all'utilizzo da parte del Candidato di una propria casella di posta elettronica certificata. Pertanto non sarà ritenuto valido l'invio di posta elettronica semplice/ordinaria, ovvero da PEC non personale anche se indirizzata all'indirizzo PEC aziendale sopra indicato.

Il termine fissato è perentorio e, pertanto, non verranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il predetto termine, anche se inoltrate a mezzo del servizio postale entro la scadenza. A tal fine si precisa che non fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Nel caso in cui il termine per la presentazione della domanda cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno successivo.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore, non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta secondo il modello Allegato A al presente avviso.

Alla domanda di partecipazione gli aspiranti dovranno allegare:

- curriculum formativo e professionale del candidato in carta semplice, datato e firmato. **Il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi del DPR n.445/2000;**
- fotocopia del documento di identità in corso di validità.

CRITERI DI VALUTAZIONE

Gli incarichi oggetto del presente avviso saranno conferiti con provvedimento del Direttore Generale, previa valutazione comparata dei curricula dei candidati effettuata da apposita Commissione, della quale faranno parte rappresentanti dell'Azienda che utilizzeranno i professionisti.

La valutazione comparata dei curricula professionali verrà effettuata secondo i seguenti criteri:

- **esperienza professionale** desunta dal curriculum: si terrà conto delle esperienze pregresse analoghe all'oggetto dell'incarico da conferire
- **qualificazione professionale** desunta dai titoli di studio e culturali posseduti: si terrà conto in particolare del grado di specializzazione culturale e di attinenza con l'attività oggetto dell'incarico da affidare

con i criteri specificati nell'allegato B al presente avviso.

La graduatoria verrà pubblicata sul sito internet Aziendale e potrà essere utilizzata per il conferimento di diversi ulteriori incarichi anche con validità temporale e con compenso proporzionalmente variato, che si rendessero necessari.

L'esito della procedura comparativa, recepito con provvedimento del Direttore Generale, sarà pubblicata sul sito internet dell'Azienda.

CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI-RISOLUZIONE DEL RAPPORTO

Gli incarichi saranno conferiti secondo l'ordine di graduatoria e verranno regolati da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 e ss. cod. civ., senza vincolo di subordinazione da svolgersi nel rispetto delle direttive fornite dalla competente struttura di riferimento.

Prima della stipula del suddetto incarico, il candidato vincitore dovrà produrre la documentazione probante il reale possesso di quanto dichiarato. Il candidato vincitore che non produrrà la prescritta documentazione, verrà dichiarato decaduto dall'attribuzione dell'incarico. In caso di decadenza dall'attribuzione dell'incarico, si procede, con le medesime modalità di cui sopra, all'attribuzione dell'incarico al candidato idoneo utilmente classificato in graduatoria al posto successivo.

E' fatta salva la possibilità, a seguito del modificarsi delle esigenze aziendali o di interventi limitativi previsti da disposizioni normative, dell'eventuale ridefinizione, anche in diminuzione, del monte ore assegnato.

L'Azienda potrà risolvere i contratti per inadempienza, con un preavviso di almeno 30 giorni, qualora i risultati delle prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto previsto nel contratto ovvero del tutto insoddisfacenti.

Il rapporto si risolve comunque automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

L'Azienda si riserva in ogni momento la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva di tutte le condizioni e clausole in esso previste.

Per eventuali chiarimenti o informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi al Direttore dell'U.O.C. Affari Generali ASReM, Dr.ssa Rosamaria Tucci – tel 0874/409810 – email rosamaria.tucci@asrem.org

Campobasso,

II DIRETTORE GENERALE
Ing. Genaro Sosto

Al Direttore Generale
dell'ASReM
Via Ugo Petrella,1
86100 CAMPOBASSO

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per il conferimento di incarichi professionali a n. 3 medici specialisti in cure palliative - progetto: "Assistenza domiciliare di cure palliative e terapia del dolore"

Il/La sottoscritt- _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per l'affidamento di incarichi libero professionali a medici specialisti in cure palliative;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di essere residente a _____ prov. _____
in via _____ n. _____ cap _____ tel. _____
cell. n° _____
- Di essere in possesso dei titoli di cui ai requisiti generali e specifici di ammissione richiesti nel bando
- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguito in data _____ presso _____
- Di essere in possesso della specializzazione in _____
conseguita presso _____ il _____
- Di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo in data _____
presso _____
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____
al n. di posizione _____;
- Di essere titolare di partita IVA n° _____, ovvero di impegnarsi ad aprirla nel caso di affidamento dell'incarico;
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea

- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (se non iscritto/a indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime)
- Di non avere riportato condanne penali (in caso contrario indicare gli eventuali procedimenti penali)
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (in caso contrario indicare gli eventuali procedimenti penali in corso)
- Di non essere stato destituito/a o dispensato/a da altro impiego pubblico per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi;
- Di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi;
- Di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico;
- Di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella svolta ASReM;
- Di aver preso visione e di accettare, senza riserve, tutte le clausole e le condizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dell'incarico, indicate nel presente avviso.
- Di autorizzare l'ASReM al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla selezione, vengano inviate al seguente indirizzo:

ovvero

al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria.

_____ @ _____
 (scrivere in modo leggibile e chiaro)

ovvero

ai seguente indirizzo di posta elettronica certificata

_____ @ _____
 (scrivere in modo leggibile e chiaro)

e si impegna a far conoscere eventuali successive variazioni di indirizzo riconoscendo che l'ASReM non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale del candidato in carta semplice, datato e firmato (Il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se **redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** ai sensi del DPR n.445/2000);
- fotocopia del documento di identità in corso di validità ;

Il/La sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Data, _____ -

Firma del candidato

(non deve essere autenticata)

“NOTA BENE”

L'Amministrazione procederà ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese con la presente domanda. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dai controlli di cui sopra emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI CURE PALLIATIVE PROGETTO: "ASSISTENZA DOMICILIARE DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE"

IO SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n.183;

consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

di essere nato/a a _____ (_____), il _____

C.F. _____ e di risiedere a _____

(_____) indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____;

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

✓ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data _____ con voto _____

presso _____

✓ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in _____

conseguita in data _____ con voto _____

presso _____

ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

-ulteriori qualificazioni professionali possedute:

TITOLO: _____

conseguita in data _____ presso _____

con sede in TITOLO: _____

-ulteriori informazioni:

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata
- Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale *
- Struttura Privata

** È necessario precisare l'esistenza dell'accreditamento e delle convenzioni con il SSN per rendere possibile la valutazione dell'esperienza professionale*

con contratto di tipo:

- dipendente;
- in regime convenzionale (fornire dati identificativi): _____
- contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di _____ (indicare qualifica)

- a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (ore sett.____)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (ore sett.____)
- con incarico di _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es. : monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA(es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: DISCENTE

RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA(es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: DISCENTE

RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO: _____

TIPOLOGIA(es.corso/congresso/seminario/convegno/simposio) _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: DISCENTE

RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale;

non previsto esame finale

ATTIVITA' DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

ATTIVITA' DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALL'INCARICO DA CONFERIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE (es. Tirocini formativi ,ecc)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA:

ENTE OSPITANTE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

-ulteriori informazioni:

Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

_____, li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)

Criteria valutazione titoli

a) **“ESPERIENZA PROFESSIONALE”**

Desunta dal curriculum: si terrà conto delle esperienze pregresse analoghe all' oggetto dell' incarico da conferire.

Per la valutazione, le frazioni di anno saranno valutate in ragione mensile, considerando, come mese intero, periodi continuativi di gg. 30 e frazioni superiori a 15 giorni; non saranno valutati periodi di servizio pari o inferiori a 15 giorni.

nel caso in cui i servizi siano espressi in anni, il termine iniziale e finale del servizio sarà calcolato come termine iniziale l'ultimo giorno del primo anno solare indicato, come termine finale il primo giorno del primo mese dell'anno solare indicato a termine (es. anno 2006/2009: decorrenza del servizio dal 31/12/2006 all'01/01/2009); stessa valutazione per periodi espressi in mesi;

1) Esperienza professionale lavorativa, svolta a qualsiasi titolo (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro autonomo: libero-professionale o co.co.co, ecc.....), maturata **in incarichi analoghi a quello oggetto dell'avviso nell'ambito di un'Azienda del SSN o presso Pubbliche Amministrazioni: 1 punto per ogni anno di attività**

2) Esperienza professionale lavorativa, svolta a qualsiasi titolo (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro autonomo: libero-professionale o co.co.co, ecc.....), maturata **in incarichi analoghi a quello oggetto dell'avviso nell'ambito di strutture private accreditate * : 0,50 punto per ogni anno di attività.**

3) Esperienza professionale lavorativa, svolta a qualsiasi titolo (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro autonomo: libero-professionale o co.co.co, ecc.....), maturata **in incarichi analoghi a quello oggetto dell'avviso nell'ambito di strutture private diverse da quelle indicate al punto 1) e 2): 0,10 punto per ogni anno di attività.**

** È necessario precisare l'esistenza dell'accreditamento e delle convenzioni con il SSN per rendere possibile la valutazione dell'esperienza professionale*