

Raccomandata A/R

SEDE DI VENEZIA - TERRAFERMA

All'Ordine Provinciale Dei Medici  
Chirurghi e Degli Odontoiatri di Venezia  
Via Mestrina 86  
30172 MESTRE (ve)

|  |           |   |
|--|-----------|---|
| ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED<br>ODONTOIATRI DI VENEZIA |           |   |
| <b>0002484</b>   |           |   |
| DATA PROTOCOLLO  | CATEGORIE | E |
| 20-06-2011   | 2006      | E |

UFF. Segreteria

N.

RIF.

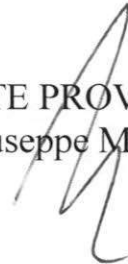
DEL

MARGHERA 14/06/2011

**OGGETTO: Incarico di collaborazione professionale esterna per Medici  
odontoiatri.  
Pubblicazione avviso pubblico di procedura comparativa.**

Con riferimento all'oggetto si inoltra il testo integrale dell'avviso con la documentazione allegata, si invita a darne la più ampia diffusione tra gli iscritti.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE PROVINCIALE  
dr. Giuseppe Musto

## **AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA**

(ai sensi del regolamento interno allegato alla delibera del PRESIDENTE-  
COMMISSARIO STRAORDINARIO 222/2009)

**per il conferimento di incarico di collaborazione esterna  
per Medici Odontoiatri**

### **PROCEDURA DI SELEZIONE**

La Direzione Regionale Inail per il Veneto rende noto che le Sedi dell'Istituto di BELLUNO, ROVIGO, VENEZIA, VERONA e VICENZA intendono avvalersi della collaborazione professionale - con rapporto di lavoro autonomo - di n. 5 Medici Odontoiatri (uno per ciascuna provincia) per prestazioni da eseguirsi a favore degli infortunati e tecnopatici assistiti dall'Istituto.

#### **OGGETTO DELL'INCARICO**

L'incarico riguarderà le seguenti prestazioni, che verranno espletate nell'ambulatorio medico ove viene esercitata la professione:

1. pareri su nesso di causalità tra le lesioni odontoiatriche ed il trauma denunciato
2. pareri su entità lesioni riportate
3. pareri sull'eventuale protesizzazione
4. preventivo spese protesizzazione
5. esame dei preventivi formulati da odontoiatri di fiducia dei pazienti
6. pareri sui lavori effettuati da odontoiatri privati e/o verifica della rispondenza con i preventivi

#### **LUOGO DELL'INCARICO**

L'incarico verrà affidato a medico odontoiatra che eserciti la professione in studi/ambulatori ubicati nelle zone sotto indicate:

Belluno - Rovigo - Venezia - Verona - Vicenza

Gli interessati dovranno indicare nella domanda il luogo dove esercitano la professione odontoiatrica.

#### **MODALITA' E TEMPI**

1. Le visite e gli esami saranno effettuati, previo appuntamento, nelle giornate e secondo gli orari concordati, tenuto conto delle prevalenti esigenze della Sede.
2. Le richieste di prestazioni dovranno essere evase entro massimo 5 (cinque) giorni lavorativi dalla data dell'impegnativa. Nello stesso tempo dovranno essere rilasciati pareri e consulenze.

#### **CORRISPETTIVI**

Il corrispettivo per le visite specialistiche con relativa relazione e preventivo è stabilito in **€60,00 (sessanta/00)**.

Il corrispettivo per i pareri resi su prestazioni eseguite da odontoiatri privati e su congruità dei costi è stabilito in **€30,00 (trenta/00)**.

L'Inail provvederà al pagamento delle fatture entro 60 giorni dalla ricezione delle stesse, nelle quali dovranno essere riportate le prestazioni eseguite.

#### **DISPOSIZIONI PARTICOLARI**

Ferma restando la libertà di scelta del professionista di fiducia da parte dell'infortunato, allo specialista individuato a seguito della presente selezione potrà essere assegnata dalla Sede competente, mediante distinta procedura di affidamento, l'effettuazione diretta delle protesizzazioni e di ogni altra prestazione che non rientri nell'oggetto del presente incarico.

Tali prestazioni verranno eseguite a seguito di specifica impegnativa INAIL e per il compenso relativo si farà riferimento esclusivamente all'**allegato Tariffario**, con la precisazione che i valori nello stesso indicati sono da considerare quale importo massimo erogabile.

## **DURATA DELL'INCARICO**

L'incarico professionale avrà la durata di due anni dalla data del conferimento.

## **REQUISITI PROFESSIONALI**

L'incarico verrà conferito ai professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento universitario) e specializzazione in Odontoiatria/Chirurgia Maxillo-Facciale oppure Laurea in odontoiatria e protesi dentaria
- Certificato di iscrizione all' Albo degli Odontoiatri
- Comprovata esperienza professionale
- Conseguimento dei crediti formativi obbligatori

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

## **PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Lo svolgimento dell'incarico è soggetto all'osservanza delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni per quanto attiene ai dati acquisiti in qualsiasi modo in relazione all'opera svolta.

## **PROCEDURA COMPARATIVA**

La valutazione dei curricula pervenuti avverrà attraverso l'attribuzione di un punteggio, secondo i seguenti criteri:

### **QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE:**

Costituiscono titoli preferenziali valutati fino ad un massimo di 5 punti:

- Pubblicazioni scientifiche nelle seguenti materie: odontoiatria, medicina legale odontoiatrica, chirurgia maxillo/facciale; ad ogni pubblicazione verrà attribuito un punteggio pari a 0,2.
- Il possesso di titoli professionali certificati da Istituti Universitari in ambito Comunitario: ad ogni titolo verrà attribuito un punteggio pari a 0,5.

**ESPERIENZE MATURE E CONOSCENZE ACQUISITE** nel settore della medicina legale odontoiatrica nell'ambito della Pubblica Amministrazione: verrà attribuito 1 punto per ogni anno o frazione di anno pari o superiore a 6 mesi di collaborazione prestata, fino ad un massimo di 10 punti.

**QUALITA' DELLA METODOLOGIA ADOTTATA** : verrà valutata fino ad un massimo di 3 punti:

- certificazione di qualità

**TEMPI DI ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI:** la riduzione rispetto alle indicazioni contenute nel punto "**Modalità e tempi**" del presente avviso verrà valutata fino ad un massimo di 3 punti.

## **PROCEDURA CONCORSUALE**

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Gli interessati devono presentare la domanda in carta semplice, utilizzando esclusivamente l'**allegato fac-simile**, comprensiva delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR n. 445/00, e dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali, corredata da dettagliato curriculum e documentazione provante i titoli preferenziali che si dichiara di possedere nonché di fotocopia del documento di identità.

Chi fosse interessato ad assumere l'incarico presso più Sedi dovrà presentare una domanda per ciascuna delle Strutture per le quali intende concorrere.

### **ITER CONCORSUALE**

La valutazione delle domande verrà fatta in applicazione dei criteri sopra indicati mediante procedura comparativa ai sensi del regolamento interno allegato alla delibera del PRESIDENTE-COMMISSARIO STRAORDINARIO 222/2009.

Questa Direzione, a suo insindacabile giudizio, si riserva la facoltà di sospendere, annullare o revocare la presente procedura in qualsiasi momento, senza che ciò possa ingenerare in coloro che hanno presentato domanda di partecipazione eventuali possibili aspettative.

**TERMINE E LUOGO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Il termine per la presentazione delle domande e dei documenti scade il giorno

**27 giugno 2011**

Detto termine è perentorio e, pertanto, non potrà essere espressa alcuna riserva di invio successivo.

Le suddette domande dovranno pervenire, a pena di esclusione dalla procedura comparativa, a mezzo raccomandata con a.r. o mediante consegna a mano, entro le ore 12.30 del predetto termine.

Il recapito tempestivo del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente e non saranno presi in considerazione quelli pervenuti oltre il termine indicato.

Le domande dovranno essere prodotte in busta chiusa sulla quale dovrà essere riportata la seguente dicitura: " Domanda per la selezione per il conferimento di incarico esterno come odontoiatra per la Sede Inail di ....." e dovranno essere indirizzate a: **Direzione Regionale Inail per il Veneto - Santa Croce 712 - 30135 Venezia** (per la consegna a mano rivolgersi alla **Segreteria**).

Il responsabile del procedimento è il **dott. MASSIMO PRANDI, Dirigente dell'Ufficio Attività Strumentali della Direzione Regionale Inail per il Veneto.**

Eventuali informazioni sullo svolgimento delle prestazioni potranno essere richieste direttamente alla Direzione Regionale per il Veneto ai seguenti indirizzi e-mail: [veneto@inail.it](mailto:veneto@inail.it), [veneto@postacert.inail.it](mailto:veneto@postacert.inail.it), tel. 041/2729375 nonché alle Sedi INAIL interessate ai seguenti numeri telefonici: Belluno 0437/951430, Rovigo 0425/201403, Venezia 041/2573483 - 2729277, Verona 045/8052324 - 8052363, Vicenza 0444/990338 - 990373.

**PUBBLICITA' DELL'AVVISO**

Il presente avviso viene pubblicato integralmente sul sito internet dell'Istituto: [www.inail.it](http://www.inail.it) ed anche su quello regionale: <http://siti.inail.it/veneto>, fino alla data di scadenza per la presentazione delle domande, ed inviato all'Ordine dei Medici delle rispettive province per garantirne una maggiore diffusione.

VENEZIA, 13 giugno 2011

F.to IL DIRETTORE REGIONALE  
Dr. Antonio Traficante

Allegati:

- 1) Fac-simile di domanda
- 2) Tariffario di riferimento in materia di prestazioni in odontoiatria per INAIL

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE VENETO  
Santa Croce 712  
30135 - VENEZIA

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA COME ODONTOIATRA PRESSO LA SEDE PROVINCIALE INAIL DI \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'avviso pubblico, presso lo studio ove esercita la professione, sito in \_\_\_\_\_, per la seguente zona  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

#### DICHIARA

di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti:

- di non essere dipendente dell'INAIL rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
- di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'INAIL;
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Veneto e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non essere proprietario, comproprietario, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
- di non avere responsabilità di medico competente;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- essere residente a \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con voto di \_\_\_\_\_ specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguita presso \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di odontoiatra a decorrere dal \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Albo degli odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito i Crediti formativi obbligatori secondo le vigenti disposizioni in materia;
- che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (*barrare l'opzione ricorrente*)
- di non essere mai stato destituito né dispensato dal Pubbliche Amministrazioni;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere titolare della seguente partita IVA \_\_\_\_\_;
- di aver fatto opzione al competente ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art. 13 della legge n. 388/2000): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (*barrare l'opzione ricorrente*)  
oppure  
di avere aderito al regime fiscale dei "Contribuenti minimi" di cui all'art. 1 comma 96 della legge finanziaria 2008: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (*barrare l'opzione ricorrente*)
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è il seguente: \_\_\_\_\_ e che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta Amministrazione.
- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL – DIREZIONE REGIONALE per il VENETO;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre: (*barrare l'opzione scelta*):

- di essere in possesso dei seguenti Titoli preferenziali:  
Pubblicazioni scientifiche \_\_\_\_\_  
Titoli professionali certificati \_\_\_\_\_
- di aver svolto attività di collaborazione con Pubbliche Amministrazioni e la durata della medesima SI (durata \_\_\_\_\_) NO \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della Certificazione di qualità SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- che le richieste di prestazioni (*Modalità e Tempi* dell'Avviso) verranno evase entro \_\_\_\_\_ giorni lavorativi dalla data dell'impegnativa

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

### MANIFESTA

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003.

### SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

La presente dichiarazione è costituita di n. \_\_\_\_\_ pagine (apporre la propria firma anche sulla prima pagina)

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Curriculum formativo e professionale

Copia delle certificazioni di qualità possedute

Altro: \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile