



**AVVISO PUBBLICO**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER PRESTARE  
VOLONTARIAMENTE E GRATUITAMENTE  
PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO  
DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI - SARS-COV-2  
PRESSO L'ISTITUTO GIANNINA GASLINI**

L'Istituto Giannina Gaslini sito in Genova - Via G. Gaslini, 5 - manifesta la necessità di integrare il personale medico impegnato nell'attività vaccinale con medici volontari, anche pensionati, che siano disponibili a partecipare gratuitamente ad almeno un turno settimanale di cinque ore nel punto vaccinale dell'Istituto ed attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 13 alle ore 18.

**1) REQUISITI GENERALI**

- ✓ Cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti (italiani non appartenenti alla Repubblica), o cittadinanza di uno dei paesi membri UE, o cittadinanza di paesi terzi ai sensi art. 38, commi 1 e 3 bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.
- ✓ Cittadini di uno dei Paesi UE e gli italiani non appartenenti alla Repubblica, i familiari di cittadini di Stati membri UE, non aventi cittadinanza in uno Stato membro i titolari di diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente e i cittadini di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo ovvero dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria purchè in possesso di una adeguata conoscenza della lingua italiana;
- ✓ I candidati sono tenuti a dichiarare il numero dei turni settimanali che saranno disponibili ad effettuare per un periodo non inferiore a tre mesi;
- ✓ I candidati devono essere in possesso di idoneità fisica allo svolgimento dell'attività richiesta.

Possono presentare la propria candidatura anche i medici in quiescenza.

**2) REQUISITI SPECIFICI**

- a. diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- b. abilitazione all'esercizio della professione;
- c. iscrizione all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi.

Per i cittadini dell'Unione Europea o non appartenenti all'Unione Europea è richiesto il riconoscimento della propria qualifica professionale di medico, ovvero in deroga agli artt. 49 e 50 del DPR 31.08.1999 n. 394 e al D.Lgs 06.11.2007 n. 206, che siano in possesso di certificato di iscrizione all'albo professionale del Paese di provenienza, così come previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 18/2020 e ss.mm.ii.

Trattandosi di collaborazione gratuita, l'Istituto garantisce la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi. Rimane a carico del sanitario la copertura assicurativa per colpa grave.

Tutti i dispositivi e il materiale necessario all'esecuzione della prestazione sono forniti dall'Istituto Giannina Gaslini, al pari di quanto previsto per i dipendenti.

I professionisti impiegati verranno adeguatamente formati dall'Istituto per le specifiche attività previste e nello svolgimento delle prestazioni professionali afferiranno al Direttore Sanitario dell'Istituto.

La partecipazione alla manifestazione di interesse non obbliga l'Istituto al conferimento dell'incarico.

### **3) PRESENTAZIONE CANDIDATURE**

Gli interessati possono presentare la propria candidatura compilando l'allegato modello di domanda al quale dovrà essere allegato un documento di identità valido.

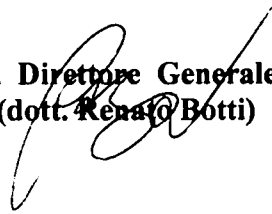
La domanda e la copia del documento di identità devono essere inviati al seguente indirizzo di posta elettronica: [dirsanitaria@gaslini.org](mailto:dirsanitaria@gaslini.org) indicando nell'oggetto "Manifestazione di interesse volontario per Centro Vaccinale".

Il presente avviso non ha scadenza e rimane aperto per tutto il perdurare dell'emergenza.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.Lgs. 19.09.2018 n. 101 e dal Regolamento UE 2016/679. I dati personali saranno raccolti presso la struttura competente per la gestione della presente manifestazione di interesse, per l'eventuale svolgimento dell'attività e per le finalità inerenti la gestione della medesima. Le stesse informazioni potranno essere comunicate alla Amministrazioni Pubbliche interessate.

Eventuali informazioni e chiarimenti possono essere richiesti al seguente indirizzo di posta elettronica [antonellaciucci@gaslini.org](mailto:antonellaciucci@gaslini.org).

Genova, **17 MAR. 2021**

  
**Il Direttore Generale**  
**(dott. Renato Botti)**

**D INVIARE AL SEGUENTE INDIRIZZO E-MAIL: [dirsanitaria@gaslini.org](mailto:dirsanitaria@gaslini.org)**

**Oggetto: manifestazione d'interesse per prestare volontariamente e gratuitamente prestazioni professionali per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini anti - Sars-Cov-2 presso l'Istituto Giannina Gaslini**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

Pensionato sì ☐ Pensionato no ☐

chiede di essere iscritto nell'elenco di personale volontario medico disponibile ad integrare l'organico dei punti vaccinali presso la sede dell'Istituto G. Gaslini per la campagna vaccinale contro SARS-cov-2/COVID-19 secondo quanto stabilito nell'apposito regolamento per gli incarichi gratuiti su base volontaria che con la sottoscrizione della presente accetta di svolgere con disponibilità in particolare:

in fascia oraria mattutina dalle ore 9 alle ore 13 ☐

in fascia oraria pomeridiana dalle ore 13 alle ore 18 ☐

nei seguenti giorni settimanali \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_
- di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_
- di possedere l'idoneità fisica per ricoprire l'incarico volontario: SI' ☐ NO ☐
- di avere riportato condanne penali: SI' ☐ NO ☐  
in caso positivo quali \_\_\_\_\_
- di avere procedimenti penali in corso: SI' ☐ NO ☐  
in caso positivo quali \_\_\_\_\_
- di essere stato destituito dai pubblici uffici: SI' ☐ NO ☐
- di possedere adeguata conoscenza della lingua italiana
- di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_;
- di essere consapevole che la presentazione della presente domanda e l'eventuale collaborazione fornita non dà titolo ad alcun compenso e/o diritto nei confronti dell'Istituto G. Gaslini.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e ss.mm.ii., ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti di posta elettronica/cellulare:

- indirizzo posta elettronica
- recapito cellulare

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Allegati: documento di identità in corso di validità