



AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI MEDICO NECROSCOPO

Deliberazione del Direttore Generale n. 1004 del 04/12/2025

SCADENZA: IL PRESENTE AVVISO RIMARRA' APERTO SINO AL 31.12.2026.

Allo scopo di acquisire personale medico per l'effettuazione di attività di medico necroscopo presso la S.C. Medicina Legale.

A) Requisiti per la presentazione della candidatura:

1. **Titolo di Studio: Laurea in Medicina e Chirurgia;**
2. **Iscrizione all'Albo professionale dell'Ordine Professionale dei Medici-Chirurghi** di uno dei Paesi dello spazio economico europeo, comprovata con certificazione rilasciata in data non anteriore ai sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando, fermo restando, per gli iscritti in altri Paesi dell'U.E. l'obbligo dell'iscrizione all'Albo professionale in Italia prima dell'assunzione in servizio;
3. **Abilitazione all'esercizio della professione;**
4. **Cittadinanza italiana**, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti ovvero cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea ai sensi di quanto previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dall'art. 7 della Legge 6 agosto 2013 n. 97;
5. **Godimento dei diritti civili e politici:** non possono accedere all'impiego coloro che sono stati esclusi dall'elettorato attivo politico, nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero siano stati licenziati da una Pubblica Amministrazione, ai sensi della vigente normativa contrattuale, per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da irregolarità non sanabile e, comunque, con mezzi fraudolenti. Non si procederà all'attribuzione dell'incarico in caso di condanne penali riportate o di sottoposizione a misure di sicurezza. L'Azienda si riserva inoltre di valutare, a suo insindacabile giudizio, l'esistenza di cause ostative o la gravità dei fatti penalmente rilevanti dai quali può desumersi l'eventuale inesistenza dei requisiti di idoneità morale ed attitudine ad espletare attività di pubblico impiego.

B) Prestazioni richieste: attività di medico necroscopo.

C) Durata: dalla data indicata nel contratto di prestazione d'opera libero professionale e per 12 mesi.

E) Compenso omnicomprensivo lordo pari a € 35,00 per l'attività resa dal lunedì al sabato e di € 45,00 per l'attività resa nelle giornate di domenica e festivi.

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante invio della domanda e modulistica allegata, debitamente datata e firmata, unitamente alla copia di un documento di identità personale in corso di validità al seguente indirizzo e-mail: contratti.liberiprofessionisti@asst-melegnano-martesana.it.

Dalla data di sottoscrizione del contratto il professionista dovrà avere in vigore una polizza assicurativa RCT con massimale minimo adeguato.

Gli interessati potranno rivolgersi per eventuali chiarimenti e informazioni alla S.C. Gestione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane – Settore Reclutamento e Selezione del Personale con sede in Via Maestri, 2 - Melegnano (MI) - tel. 02/98058289 - 8417 - 8430.

Melegnano,

**Il Direttore Generale
Dott.ssa Roberta Labanca**



SCHEMA TIPO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Di seguito viene riportato lo “schema-tipo” della domanda di ammissione e partecipazione all’avviso pubblico finalizzato alla manifestazione di interesse:

Al Direttore Generale
dell’ASST di Melegnano e della Martesana
Via Pandina n.1
20070 – Vizzolo Predabissi (Mi)

Isottoscritt.....nato a.....il
e residente invian.....c.a.p.....

presa visione dell’avviso pubblico in possesso della Laurea in
..... e dell’iscrizione all’Ordine Professionale.....
in possesso dei requisiti richiesti, intende proporre la propria candidatura per la partecipazione al presente avviso per lo svolgimento di attività di medico necroscopo per un compenso onnicomprensivo lordo pari a € 35,00 per l’attività resa dal lunedì al sabato e di € 45,00 per l’attività resa nelle giornate di domenica e festivi.

Dichiara sotto la propria responsabilità e anche ai fini dell’autocertificazione dei titoli e dei requisiti previsti:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana, (ovvero di avere la cittadinanza in uno Paesi dello Spazio economico europeo);
- 2) di risultare iscritto nelle liste elettorali del Comune di, provincia di.....(per i cittadini residenti in uno dei Paesi degli Stati dell’Unione Europea il candidato deve dichiarare di essere in possesso dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza ed avere adeguata conoscenza della lingua italiana);
- 3) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- 4) di aver riportato condanne penali (indicare le condanne riportate, se iscritte al casellario giudiziale ed i procedimenti penali in corso):
- 5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
- 6) di essere in possesso dell’iscrizione all’Ordine Professionale:
- 7) di godere o non godere di trattamento di quiescenza
- 8) di non aver prestato servizio nella pubblica amministrazione ovvero di aver prestato i seguenti servizi nella pubblica amministrazione.....
- 9) di essere titolare di Partita Iva n.

Chiede che tutte le comunicazioni relative all’avviso siano recapitate al seguente indirizzo:

Via.....n.....Città.....(c.a.p.....)

Recapito telefonico: prefisso.....n.....

data.....

Firma.....

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ (_____) il _____

Di essere residente a _____

Di essere cittadino _____

Di godere dei diritti civili e politici

Di possedere il titolo di studio: _____ conseguito in data: _____

Rilasciato dalla scuola/università _____

Di aver prestato/prestare servizio presso:

- denominazione Ente: _____
(indicare se Ente Pubblico, Istituto accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)
- profilo professionale: _____
- tipologia del rapporto: _____
(indicare se trattasi di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.)
- tempo pieno dal _____ al _____
- tempo parziale (n. ore settimanali _____) dal _____ al _____

Dichiara di aver usufruito del seguente periodo di aspettativa senza assegni:

- dal _____ al _____ per motivi: _____

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

Il sottoscritto autorizza ai sensi del Regolamento UE 2016/679 l'utilizzo dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura.
--

Data, _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto autorizza ai sensi del Regolamento UE 2016/679 l'utilizzo dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura.
--

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art.38, DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.
