

**CONSORZIO "IMPEGNO SOCIALE"**  
*Cassina Rizzardi – Como*



**AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'INCARICO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE IN SERVIZI MEDICI, PSICOLOGICI, EDUCATIVI, RIABILITATIVI, ASSISTENZIALI E SOCIO - SANITARI.**

Il Presidente

RENDE NOTO

Che con deliberazione n. 73 del 31.10.2018 il Consiglio di Amministrazione del Consorzio ha deliberato la raccolta di manifestazioni di interesse, come meglio specificato in epigrafe, volta alla realizzazione di un albo di professionisti cui rivolgersi in caso di necessità per conferire loro incarichi in regime libero professionale nei vari servizi occorrenti allo stesso Consorzio, nel rispetto delle disposizioni regolamentari e di legge.

Il Consorzio gestisce:

- il Servizio Tutela Minori sul Territorio di alcuni comuni consorziati e di altri comuni esterni;
- un Centro Diurni Disabili in Cassina Rizzardi, via Monte Grappa n.95 accreditata per n.30 utenti;
- una Residenza Sanitaria Disabili in Cassina Rizzardi, via Monte Grappa n.130 accreditata per n. 20 utenti.

Il Consorzio, al fine di rendere ulteriormente tracciabili e trasparenti le modalità di scelta di professionisti dotati di specifica formazione non presente nelle altre figure dipendenti già operanti in Consorzio, intende istituire un albo di fornitori cui rivolgersi in caso di necessità.

La procedura seguirà il seguente schema:

- Convocazione dei soggetti iscritti nel presente elenco per un colloquio di selezione volto a individuare il professionista più idoneo all'incarico;  
o in caso di un numero eccessivamente elevato di soggetti ne saranno convocati al colloquio almeno cinque;
- o in casi di un numero eccessivamente elevato di soggetti sarà attuato un principio di rotazione tra gli iscritti;
- o in caso di un numero di soggetti eccessivamente esiguo, inferiore a tre, il Consorzio si riserva di chiedere ulteriori curricula a soggetti non iscritti al presente elenco;
- colloquio di selezione nel quale sarà esplicitata la necessità, la prestazione richiesta e il compenso offerto;
- l'elenco dei professionisti che abbiano fatto richiesta sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente nella sezione "Amministrazione Trasparente";

Possono inviare la domanda di essere inseriti nell'albo dei professionisti, utilizzando il fac-simile allegato al presente avviso, coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana o in uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- Et  non inferiore agli anni 18;
- Idoneit  fisica all'impiego;
- Iscrizione all'albo di categoria, ove previsto;
- Possesso di Partita Iva o comunque di attivit  libero professionale;
- Possesso di patente "B" con garanzia di utilizzo del proprio mezzo (sar  stipulata, in caso di necessit , idonea assicurazione kasko e sar  previsto un rimborso chilometrico).

Potranno partecipare candidati di ambo i sessi ed   garantita la pari opportunit  tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento economico.

Il Consorzio in particolare   interessato, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a figure di:

Amministrativo  
Arteterapista,  
Assistente Sociale,  
Danzaterapista,  
Educatore  
Epilettologo,  
Fisiatra,  
Fisioterapista,  
Infermiere Professionale,  
Logopedista,  
Medico,  
Musicoterapista,  
Neuropsichiatra,  
Pedagogista,  
Pet therapist,  
Psicologo,  
Psicomotricista.

Ulteriori figure non indicate potranno ugualmente presentare richiesta di inserimento nell'elenco e, qualora se ne ravvisasse la necessit , potranno essere contattate.

Le domande andranno presentate alla Segreteria del Consorzio Impegno Sociale Via Monte Grappa 130, Cassina Rizzardi, utilizzando per praticit  il fac-simile allegato al presente avviso.

Le domande dovranno pervenire direttamente o via pec all'indirizzo [impegnosociale1@lamiappec.it](mailto:impegnosociale1@lamiappec.it) **entro il giorno 30 Novembre alle ore 12.00.**

- indicare nell'oggetto: RICHIESTA INSERIMENTO ELENCO PROFESSIONISTI
- avere in allegato un curriculum vitae;
- indicare la figura professionale per cui si presenta la candidatura;
- indicare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e alla pubblicazione di ragione sociale e profilo professionale nell'albo del Consorzio pubblicato sul sito istituzionale dello stesso.

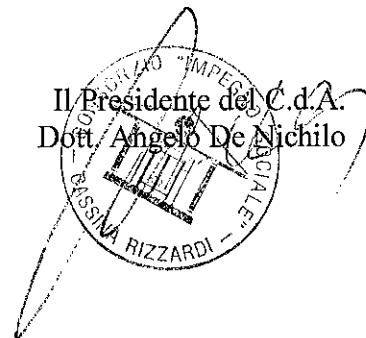
Il presente avviso non rappresenta un impegno a contrarre di nessun tipo con coloro che presentano la propria manifestazione di interesse.

Sede Legale: 22070 CASSINA RIZZARDI (Como) Via Monte Grappa, 95 Tel./Fax: 031/92.81.81  
e-mail: [info@consorzioimpegnosociale.it](mailto:info@consorzioimpegnosociale.it) P. IVA: 0262991013

Il presente avviso sarà esposto all'Albo pretorio dei Comuni Consorziati e sul sito del Consorzio Impegno Sociale

[www.consorzioimpegnosociale.it](http://www.consorzioimpegnosociale.it)

Il Presidente del C.d.A.  
Dott. Angelo De Nichilo



Cassina Rizzardi, 12.11.2018



**AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'INCARICO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE IN SERVIZI MEDICI, PSICOLOGICI, EDUCATIVI, RIABILITATIVI, ASSISTENZIALI E SOCIO - SANITARI.**

**Spett.le Ufficio Segreteria  
Consorzio Impegno Sociale  
Pec: [impegnosociale1@lamiapec.it](mailto:impegnosociale1@lamiapec.it)**

Domanda di iscrizione all'elenco dei Liberi Professionisti.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Iscritto/a all'Albo dei \_\_\_\_\_ con iscrizione dal \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ fax  
n. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ posta  
certificata \_\_\_\_\_  
con domicilio di attività in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito/a nell'elenco dei Liberi Professionisti, cui il Consorzio Impegno Sociale potrà attingere per il conferimento di incarichi libero professionali per i servizi occorrenti.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti secondo le previsioni contenute nel codice penale e nelle leggi speciali,

**DICHIARA,**

- a) che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del d.lgs.159/2011 e s.m.i. o di una delle cause ostative previste dall'articolo 67 del d.lgs.159/2011;
- b) che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale ovvero condanna, con sentenza passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18;
- c) che nel proprio certificato del Casellario Giudiziale Anagrafico Storico non risultano trascritte condanne.

(il dichiarante non è tenuto ad indicare nella dichiarazione le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima);

d) che non è stato commesso un errore grave nell'esercizio dell'attività professionale;

e) di non avere commesso violazioni gravi definitivamente accertate rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito (si intendono gravi le violazioni che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse per un importo superiore all'importo di cui all'articolo 48-bis, commi 1 e 2-bis, del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602);

f) di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso i seguenti istituti (barrare):

- INPS
- Altro (Specificare).....

e di essere in regola con i relativi versamenti;

#### DICHIARA ALTRESI',

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti;
- di prendere atto ed accettare che l'iscrizione nel predetto Elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte del Consorzio Impegno Sociale, né l'instaurarsi di un rapporto di lavoro subordinato con l'Ente;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni atto modificativo delle dichiarazioni rese con la presente domanda e di essere a conoscenza del fatto che il Consorzio potrà disporre la cancellazione dall'elenco, ove dette modifiche comportino tale effetto;
- di non essere in conflitto di interessi con il Consorzio Impegno Sociale, e di impegnarsi a comunicare alla stessa l'insorgenza di ogni causa di conflitto di interessi, anche potenziale, entro 30 giorni dall'insorgere della stessa;
- di impegnarsi, in caso di incarico, ad accettare che il relativo corrispettivo sarà determinato sulla base di una previsione di spesa da concordare tra le parti;
- di impegnarsi ad accettare i termini e le modalità di pagamento predeterminati dal Consorzio Impegno Sociale;
- di essere attualmente titolare di una garanzia assicurativa per la responsabilità civile professionale verso terzi, a copertura dei danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale, con la seguente Compagnia:
  - Assicurazione: \_\_\_\_\_
  - N. polizza \_\_\_\_\_
  - massimale assicurato pari ad € \_\_\_\_\_

- di autorizzare il Consorzio Impegno Sociale al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e in conformità a quanto previsto dal Regolamento europeo G.D.P.R. 679/2016., per tutte le procedure relative e/o conseguenti all'iscrizione all'Elenco;
- di aver preso visione del Codice Etico, della politica e del Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs 231/2001 adottati e pubblicati sul sito web del Consorzio Impegno Sociale ([www.consorzioimpegnosociale.it](http://www.consorzioimpegnosociale.it)) e si impegna a rispettarli.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo \_\_\_\_\_, impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni successive.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. copia del codice fiscale;
3. indicazione del numero di partita IVA;
4. copia sottoscritta del curriculum professionale che attesti l'esperienza professionale maturata dal professionista nelle materie dell'Elenco prescelte, le eventuali specializzazioni, con indicazione specifica dell'eventuale svolgimento di incarichi svolti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

