



Ospedale Maggiore di Lodi  
Distretti e Presidi Lodigiani

---

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lodi

## **AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO GLI OSPEDALI DELL'ASST DI LODI IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA CORONAVIRUS**

Si rende noto che in esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 19.10.2020 è indetto l'avviso pubblico per la formazione di un elenco di medici disponibili a prestare attività assistenziale presso gli ospedali dell'ASST di Lodi in relazione all'emergenza Coronavirus.

### **REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE PER MEDICI SPECIALISTI**

- Essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia
- Essere in possesso di un diploma di Specializzazione, con preferenza nelle seguenti discipline:
  - **malattie dell'apparato respiratorio**
  - **malattie infettive**
  - **medicina interna**
- Iscrizione all'Ordine dei Medici

### **REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE PER MEDICI NON ISCRITTI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

- Essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia
- Iscrizione all'Ordine dei Medici

### **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda di manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione del modulo allegato da far pervenire, unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità, al seguente indirizzo PEC: [concorsi@pec.asst-lodi.it](mailto:concorsi@pec.asst-lodi.it)  
E' altresì necessario allegare alla suddetta domanda il Curriculum Vitae datato e sottoscritto.

**Il presente avviso rimane aperto sino a copertura delle necessità aziendali.**

---

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi**

26900 Lodi - P.zza Ospitale, 10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 -  
C.F. e P.IVA 09322180960

### **CONDIZIONI**

A fronte dell'erogazione delle prestazioni mediche suddette è previsto un compenso orario di € 60,00 onnicomprensivo per i medici specialisti e di € 40,00 onnicomprensivo per i medici laureati.

La durata dell'incarico e l'impegno orario verranno concordate tra l'Azienda e il professionista a seconda della disponibilità manifestata e del perdurare delle necessità assistenziali.

### **PUBBLICITA'**

Il presente avviso viene pubblicato all'Albo Aziendale e sul sito internet [www.asst-lodi.it](http://www.asst-lodi.it) alla sezione Concorsi.

Per ogni eventuale informazione è possibile contattare l'Ufficio Concorsi (0371/372485 - 0371/376449 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 11.00).

F.to Il Direttore UOC GSRU  
(Dr.ssa Clara Riatti)



Ospedale Maggiore di Lodi  
Distretti e Presidi Lodigiani



Regione  
Lombardia

ASST Lodi

Alla ASST di Lodi

P.za Ospitale, 10

26900 - Lodi

**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO GLI OSPEDALI DELL'ASST DI LODI IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA CORONAVIRUS**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a ..... (Pr. ....), residente in .....  
via/piazza ....., n. .... codice fiscale n. ....  
....., telefono ....., cellulare ....., e-mail  
....., pec .....

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE**

di essere iscritto in un elenco di medici disponibili a prestare attività assistenziale presso l'ASST di Lodi in relazione all'emergenza Coronavirus.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo D.P.R. 445/2000 quanto segue:

- Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici
- Di NON essere iscritto a scuola di specializzazione universitarie
- Di NON essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- Di essere specialista in \_\_\_\_\_

Allegati:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Curriculum Vitae datato e sottoscritto

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di essere consapevole che i propri dati saranno raccolti dall'ASST di Lodi per le finalità di gestione della presente manifestazione di interesse, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone il Regolamento (UE) 2016/679.

....., li .....

Firma

.....