Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE

SCUOLE CENTRALI ANTINCENDI/ SCUOLA DI FORMAZIONE OPERATIVA / COMANDO DEI VIGILI DEL FUOCO DI _____

PROVVEDIMENTO DI CONFERIMENTO D'INCARICO

Il Dirigente ……delle/della/del *(indicare la sede di servizio: Scuole Centrali Antincendi – Roma Capannelle; Scuola per la Formazione Operativa – Roma Montelibretti; Comandi dei Vigili del Fuoco)*

VISTO l'avviso pubblico con il quale, ai sensi del Decreto del Vice Capo Dipartimento Vicario n. 127 del 22/11/2024, è stata indetta la procedura comparativa, per soli titoli, per il conferimento di complessivi n. 124 incarichi a tempo determinato di Medico presso i Comandi VVF, le Scuole Centrali Antincendi di Roma Capannelle e la Scuola di Formazione Operativa di Montelibretti, di cui n._____ incarico/incarichi assegnato/i alla presente Sede di servizio, per la durata che intercorre dalla data del conferimento fino al 31 dicembre 2026;

CONSIDERATA l'utile collocazione, rispetto ai posti previsti, nella graduatoria di merito assoluta accertata e approvata dal Direttore Regionale VVF_____ con Decreto n. _____ del _____, a seguito dell'espletamento di detta procedura comparativa per l'incarico di Medico del Servizio sanitario presso la presente Sede di servizio.

TENUTO CONTO dell'avvenuta verifica dei titoli dichiarati nella domanda di partecipazione alla procedura in parola;

CONSIDERATO che non sussistono motivi di incompatibilità ad assumere l'incarico di Medico del Servizio sanitario del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ai sensi di quanto previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 sul cumulo degli incarichi;

CONFERISCE

l'incarico di Medico presso _____ *(indicare la sede di servizio: Scuole Centrali Antincendi – Roma Capannelle, Scuola per la Formazione Operativa – Roma Montelibretti , Comando dei Vigili del Fuoco di)* al dott. / alla dott.ssa. _____nato/a a _____ il _____

Durata, luogo e modalità di svolgimento dell'incarico.

La durata del suddetto incarico di Medico decorre dal _____ (*indicare la data di inizio dell'incarico*) sino al 31 dicembre 2026. Tale durata non è prorogabile, fatto salvo il caso in cui si renda indispensabile la proroga dell'incarico per il completamento dell'attività sanitaria avviata.

Il dott./la dott.ssa_____ svolgerà **i compiti di Medico incaricato a tempo determinato, previsti al punto 3) dell'Avviso pubblico della Procedura comparativa 2025-2026** nelle seguenti sedi:

- infermeria del _____ (*indicare la sede di svolgimento della prestazione: Scuole Centrali Antincendi, Scuola di Formazione Operativa e i Comandi VF*), nei giorni ed orari come di seguito stabiliti:_____;
- C.O.A. dipendenti, istituiti in caso di eventi calamitosi straordinari, non prevedibili al momento della pubblicazione dell'avviso di procedura 2025-2026;
- Sede di servizio limitrofa, in caso di perdurante assenza del Medico incaricato di quella Sede di servizio.

Il dott./la dott.ssa_____ nei giorni in cui presta servizio, è tenuto/a a dimostrare la propria presenza e l'orario di inizio fine servizio con le seguenti modalità _____.

Dovrà inoltre espletare personalmente la funzione di Medico incaricato senza la possibilità di avvalersi di sostituti, fatta salva l'eventualità di perdurante assenza per malattia o per gravi motivi personali, durante la quale verrà sostituito temporaneamente dall'ulteriore Medico incaricato del medesimo Comando o di quello della Sede di servizio limitrofa.

In caso di mancata ottemperanza dei propri compiti, si provvederà a formalizzare il provvedimento disciplinare di ammonimento scritto; al secondo richiamo seguirà la risoluzione del conferimento d'incarico.

Corrispettivo.

Il compenso spettante al Medico incaricato, è quello indicato per la presente Sede di servizio nell'allegato "A" del Decreto del Vice Capo Dipartimento Vicario n. 127 del 22/11/2024, nonché i compensi previsti al punto 5) dell'Avviso pubblico della procedura comparativa 2025-2026.

Revoca dell'incarico e dimissioni anticipate.

Il presente incarico professionale potrà essere revocato in qualsiasi momento per giustificato motivo, con preavviso di almeno trenta giorni. Lo stesso preavviso è previsto in caso di dimissioni anticipate.

Trattamento dei dati.

Il dott./ La dott.ssa _____ si impegna a tener conto del carattere riservato di tutte le informazioni e dei dati di cui verrà a conoscenza, anche a mezzo degli strumenti informatici eventualmente messi a disposizione, durante lo svolgimento dell'incarico, assicurando

altresì che non ne farà un uso diverso da quello attinente l'incarico medesimo, adottando le dovute precauzioni affinché terzi non autorizzati ottengano l'accesso agli stessi.

Accettazione.

Il/La dott./dott.ssa…….. firmando il conferimento dell'incarico di "Medico a tempo determinato presso *(indicare la sede di servizio: Scuole Centrali Antincendi – Roma Capannelle, Scuola per la Formazione Operativa – Roma Montelibretti, Comandi dei Vigili del Fuoco)*" accetta il presente atto in tutte le sue parti.

IL DIRIGENTE

……..

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa …… ……dichiara di aver preso visione del presente provvedimento di conferimento e di ACCETTARE l'incarico.

Firmato _____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa …… ……dichiara di aver preso visione del presente provvedimento di conferimento e di NON ACCETTARE l'incarico.

Firmato _____

Luogo e data_____