**AVVISO PUBBLICO**

**PER L'ISTITUZIONE DI UN ALBO DI FARMACISTI**

**PERIODO 01.10.2018 – 31.12.2021 - CIG ZB324C5FBC**

**Il Responsabile del Settore Finanziario**

- Vista la propria determinazione R.G. n. 654 del 30.08.2018;

**Rende noto**

Che il Comune di Camerino - Settore Finanziario, intende costituire un elenco di farmacisti professionisti (ALBO) cui attingere - nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, rotazione e trasparenza - per esigenze organizzative di carattere temporaneo (sostituzione di personale assente, necessità di soddisfare particolari esigenze straordinarie non fronteggiabili con personale interno, altre ragioni di carattere tecnico o organizzativo non prevedibili) al fine di garantire la continuità del servizio farmacia comunale.

La prestazione consiste nell'integrazione del servizio di funzionamento della farmacia comunale e precisamente nel supportare l'attività della farmacia comunale in particolar modo attraverso il controllo delle scadenze dei prodotti farmaceutici, della regolare tenuta e gestione del magazzino con relativo carico e scarico dei prodotti, nonché la realizzazione di preparazioni galeniche (pomate, unguenti, lozioni, ecc…).

**REQUISITI PER L’ISCRIZIONE ALL’ALBO**

I requisiti sono i seguenti:

* possesso di Partita Iva;
* essere iscritti all’albo dei farmacisti da almeno un anno;
* aver prestato servizio mediante assunzione e/o contratto di servizio presso una farmacia, per almeno sei mesi, con esclusione delle prestazioni erogate gratuitamente;
* aver riportato un punteggio di laurea non inferiore a 105/110;
* l’amministrazione comunale garantirà ad ogni professionista un monte ore minimo di 350 ore di presenza da espletare entro il 31.03.2019, secondo orari che saranno stabiliti dal direttore della farmacia;
* costo orario della prestazione: € 14,50, oltre IVA;
* a parità di punteggio sarà data preferenza al professionista più giovane;

**DETERMINAZIONE CRITERI PER ELENCO GRADUUATORIA:**

TITOLO DI STUDIO:

Voto di laurea: 105: PUNTI 0;

Voto di laurea: 106: PUNTI 0,25;

Voto di laurea: 107: PUNTI 0,50;

Voto di laurea: 108: PUNTI 0,75;

Voto di laurea: 109: PUNTI 1;

Voto di laurea: 110: PUNTI 1,50;

Voto di laurea: 110 E LODE: PUNTI 2;

TITOLO DI SERVIZIO:

- servizio retribuito prestato presso una farmacia privata, ospedaliera o municipalizzata: per ogni anno punti 0,50 per un massimo di punti 2;

- servizio retribuito prestato presso una farmacia comunale: per ogni anno punti 1 per un massimo di punti 2;

- sono valutati i servizi anche di durata inferiore ad un anno, rapportando il punteggio all’effettiva durata dello stesso; il servizio di durata fino a 15 giorni non verrà valutato; il servizio superiore a 15 giorni sarà considerato come un mese intero.

**MODALITA’ E TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDA ISCRIZIONE ALBO**

La domanda di iscrizione all’Albo, redatta utilizzando l’allegato modello “A” dovrà essere contenuta in apposita busta chiusa firmata dal concorrente sui lembi di chiusura, riportante l’indicazione del mittente e la dicitura “Richiesta iscrizione albo di farmacisti professionisti”. La busta dovrà pervenire - a mezzo raccomandata del servizio postale, oppure mediante agenzia di recapito autorizzata – all’ufficio protocollo del Comune di Camerino sito presso la sede provvisoria del Comune in Via le Mosse n. 19 – cap. 62032 Camerino (MC), improrogabilmente **entro e non oltre le ore 13,00 del giorno 27.09.2018.**, e dovrà contenere la domanda (come da modello “A”).

E’ possibile anche la consegna a mano del plico dal lunedì al venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 – il martedì e il giovedì anche dalle ore 15,00 alle ore 17,30, all’ufficio protocollo del Comune sito all’indirizzo di cui sopra.

Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente e il Comune di Camerino non assume alcuna responsabilità nel caso il plico non giunga a destinazione, per qualsiasi motivo, in tempo utile. A tal fine si precisa che per la data e ora di arrivo farà fede esclusivamente il protocollo comunale e l’attestazione del dipendente addetto al ricevimento.

**All’apertura delle buste si procederà il giorno 28.09.2018 alle ore 10,00** presso l’ufficio Ragioneria del Comune di Camerino sita in Via Le Mosse n. 17 (c/o immobile ex stazione tramviaria).

Il Comune di Camerino dopo aver verificato la regolarità e completezza delle istanze pervenute, provvederà a formare l’Elenco dei professionisti farmacisti, che pertanto costituirà l’ordine di priorità di chiamata, cui attingere per garantire la continuità del servizio farmacia comunale.

L’incarico sarà disciplinato sulla base dell’allegato schema di convenzione.

L’amministrazione comunale attingerà da tale elenco solo ed esclusivamente in caso di necessità ed urgenza e per il numero di ore necessarie all’espletamento del servizio e tenendo conto che il monte ore minimo che sarà assegnato per ogni professionista è di 350 ore di presenza da espletare entro il 31.03.2019.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 si informa che:

* il trattamento dei dati personali dei soggetti richiedenti è finalizzato unicamente alla formazione dell’Albo per l’eventuale successivo affidamento dell’incarico;
* il trattamento dei dati sarà effettuato dal Comune di Camerino nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei richiedenti;
* i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:

- il personale interno dell'Amministrazione comunale implicato nel procedimento;

- i concorrenti che partecipano alla gara;

- ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della legge. n. 241/1990;

* il conferimento dei dati è obbligatorio per l’inserimento nell’elenco e l’eventuale affidamento dell’incarico;
* responsabile del trattamento dei dati è il responsabile del procedimento, dott. Giuliano Barboni.

Camerino, 03.09.2018

Il Responsabile del Settore Bilancio – Programmazione

Tributi – Economato – Risorse Umane

F.to Dr. Giuliano Barboni

Modello “A” - domanda

Spett.le Comune di Camerino

Ufficio Protocollo

Corso Vittorio Emanuele II n. 17

62032 Camerino (MC)

**OGGETTO: inserimento albo comunale dei farmacisti professionisti - domanda**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………..…………..nato/a

a ………………….……..il.….……………in qualità di:

o Professionista;

o titolare/legale rappresentante (precisare la qualifica rivestita) ………………………… della Ditta..…………………………………………………..………………………… con sede in …………………..….Via……………………………………….…n…………

(n. tel………………… n. fax………….……………E.mail………………………………)

C.F.…………………..…….e partita I.V.A. ….. ……………………………………...

avendo preso visione dell'avviso pubblico in oggetto, al fine di partecipare, consapevole delle responsabilità penali previste per dichiarazioni mendaci e falso in atti, ai sensi del combinato disposto dagli artt. 37, 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

D I C H I A R A

- di essere in possesso di partita IVA;

- di essere iscritto all’Albo dei farmacisti;

- di non trovarsi in alcuno dei casi di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di appalti di lavori, forniture e servizi ex art. 38, comma 1 del D.Lgs. 163/2006;

- di aver prestato servizio retribuito mediante assunzione e/o contratto nei seguenti periodi:

**presso una farmacia privata, ospedaliera o municipalizzata**:

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

**presso una farmacia comunale:**

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

dal ……….………………. al ………….………;

- di essere a tutt'oggi in regola con gli obblighi contributivi e con gli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi, mantenendo le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

o INPS: sede di ……………………. matricola/posizione n°

o INAIL: sede di …………………… matricola/posizione n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di dare il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati ai sensi e per gli effetti delle disposizioni previste dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Ogni comunicazione inerente la presente procedura deve essere inviata a:

Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

(firma del dichiarante,

corredata dalla copia di un valido documento di identità)

SCHEMA DI DISCIPLINARE

Rep. n.

**DISCIPLINARE PER LA FORNITURA DELLA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PRESSO LA FARMACIA COMUNALE –**

**PERIODO ------------ - CIG. ZB324C5FBC**

Il giorno … del mese di ……… dell'anno ……, alle ore ……., presso la sede municipale, sita provvisoriamente in Loc. Le Mosse n. 19, - Camerino;

TRA

- il …………………………………., funzionario responsabile del Settore Bilancio, Programmazione, Tributi, Economato e Risorse Umane del Comune di Camerino, che agisce in nome, per conto e nell'interesse esclusivo del Comune stesso - Codice fiscale 0027683047 - di seguito chiamato "ente";

E

- il/la ………………………, nato/a a …………… il …………………., residente a ………………………. in Via ………………………. n. …., in qualità di ……………………………………………………. avente partita IVA n. ……………………………, iscritto/a all'ordine dei farmacisti della provincia di ……………. al n. ……….., in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita nel mese di ……………… dell'anno …………………, di seguito chiamato/a "affidatario";

(in caso di società dovrà essere indicato il nominativo che verrà adibito al servizio

PREMESSO che in esecuzione alla determinazione del Responsabile del Settore bilancio – Programmazione – Tributi – Economato e Risorse Umane n. ….. del ………., è stato disposto l’affidamento dell’ incarico in oggetto a ……………………………….

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

La premessa forma parte integrante del presente contratto

Art. 2

Il Comune di Camerino, come sopra rappresentato, dà incarico all’affidatario, che accetta, di fornire il servizio integrativo per il funzionamento della farmacia comunale, sita in Camerino - loc. Le Mosse n. 19 - per il periodo -----------------------------------

Il servizio dovrà essere reso durante le ore di apertura dell'esercizio, ivi compresi i giorni festivi e prefestivi, in base alle direttive del direttore responsabile della farmacia.

Art. 3

L’affidatario è tenuto/a ad effettuare il servizio con diligenza, lealtà e imparzialità, nel rispetto delle direttive impartite dal Direttore della farmacia e delle prescrizioni generali contenute nelle leggi, nei regolamenti, nelle circolari e nelle disposizioni di servizio, nonché del rispetto degli obiettivi e delle finalità istituzionali della pubblica amministrazione.

Art. 4

Il servizio dovrà essere fornito secondo le norme che regolano l'esercizio della professione di farmacista.

Art. 5

Il servizio consiste nel supportare l'attività della farmacia comunale in particolar modo attraverso il controllo delle scadenze dei prodotti farmaceutici, della regolare tenuta e gestione del magazzino con relativo carico e scarico dei prodotti, nonché la realizzazione di preparazioni galeniche (pomate, unguenti, lozioni, ecc…).

Il costo orario del servizio in oggetto è di € 14,50, oltre IVA se dovuta. L’importo complessivo dell’affidamento, tenuto conto del numero previsto di ore pari a \_\_\_\_\_ viene quantificato pertanto in € ……………………, oltre IVA se dovuta.

Tale importo potrà essere aumentato o diminuito entro il quinto d'obbligo in base alle esigenze del servizio verificate dal direttore della farmacia.

L'importo contrattuale sarà corrisposto in tre rate mensili posticipate, con verifica della regolarità contributiva e previa presentazione di regolare fattura nonché di attestazione del direttore della farmacia, circa la regolarità delle prestazioni.

Art. 6

L'Amministrazione Comunale si riserva di procedere alla risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1453 e 1454 del Codice Civile, previa diffida scritta ad adempiere entro 15 giorni, qualora si verifichino inadempimenti alle obbligazioni contrattuali, accertati dal direttore della farmacia.

Art. 7

L’affidatario, in caso di sopravvenuti motivi al momento non individuabili, si riserva la facoltà di recedere dal presente contratto, in ogni momento, con preavviso di almeno 30 giorni, da inviarsi a mezzo raccomandata A.R..

In caso di recesso l’affidatario ha diritto al pagamento dei servizi prestati (purché correttamente eseguiti) secondo il corrispettivo e le condizioni pattuite, rinunciando espressamente, ora per allora, a qualsiasi eventuale pretesa anche di natura risarcitoria e ad ogni ulteriore compenso e/o indennizzo e/o rimborso spese.

Art. 8

Il contratto può essere comunque risolto in qualunque momento in caso di accordo tra le parti.

Letto, approvato e sottoscritto.

L’affidatario Il Responsabile del Settore Finanziario