



QUESTURA DI GENOVA
UFFICIO SANITARIO PROVINCIALE
Centro Specialistico

Prot. 2.12/USP/CSP/55

Genova, lì 16 dicembre 2025

OGGETTO: Affidamento di incarichi di collaborazione per l'anno 2026 per medici chirurghi, psicologi ed altri professionisti sanitari esterni per prestazioni specialistiche, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 165/2001, per le esigenze dell'Ufficio Sanitario Provinciale della Polizia di Stato della Questura di Genova.

**All'Attenzione del Sig. Presidente
OMCeOGE Ordine Provinciale dei Medici
(ordinemedici@pec.omceoge.eu)**

Genova

E' stata comunicata dalla Competente Direzione la procedura per il conferimento di affidamento degli incarichi di collaborazione per l'anno 2026, a medici chirurghi, psicologi, biologi e altri professionisti sanitari esterni per prestazioni specialistiche, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 165/2001, per le esigenze dell'Ufficio Sanitario Provinciale della Questura di Genova della Polizia di Stato.

Si specifica che gli incarichi di collaborazione potranno essere conferiti in base al limite dei posti disponibili per specialità ripartiti per discipline/branche specialistiche indicate nello schema:

NUMERO	PROFESSIONE	DISCIPLINA O BRANCA SPECIALISTICA
1	MEDICO	DERMATOLOGIA
1	MEDICO	ORTOPEDIA
1	MEDICO	CARDIOLOGIA

In caso di più istanze per la stessa disciplina, verrà fatta una selezione per esaminare i titoli e procede al colloquio.

Si rappresenta che il compenso massimo per ciascun professionista esterno, per l'anno 2026 è pari a euro 4000,00 (quattromila/00), da intendersi quale somma linda omnicomprensiva ed erogata in un'unica soluzione posticipata.

Come da normativa vigente, occorrerà attenersi alla nuova disciplina sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, di cui al Libro I, Parte II, del d. lgs n. 36/2023, la quale prevede,

anche per importi inferiori a 5000 euro, l'obbligo di utilizzare le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate (PAD).

Ciò comporterà la necessità di individuare le figure professionali ritenute idonee ad assumere gli incarichi in parola tra i professionisti iscritti sul Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA).

Si acclude, ad ogni buon fine, il modello che potrà essere utilizzato dai professionisti interessati per la redazione dell'istanza di partecipazione (Allegato 2) da inviare via PEC: dipps135.8000@pecps.poliziadistato.it.

Si prega quindi diramare agli iscritti degli Ordini in indirizzo la presente nota per la presentazione delle istanze da parte dei professionisti interessati e stato fissato entro e non oltre il 19 gennaio 2026.

Si ringrazia e si porgono cordiali saluti.



Il Direttore

Ufficio Sanitario Provinciale
Primo Dirigente Medico della P. di S.
Dott. Umberto Piemontino

<indicare la denominazione dell'Ufficio destinatario>

...l...sottoscritt...Dott./Prof....(nome) _____ (cognome) _____
nato a _____ prov. (____) il (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / ____ ,
residente in (comune) _____ (prov. ____) via/piazza _____

n. _____ C.A.P. _____,
codice fiscale _____
 recapito/i telefonico/i _____ , e-mail _____
PEC _____

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare all'avviso per l'affidamento di incarichi di collaborazione per l'anno 2025 a medici-chirurghi, psicologi e altri professionisti sanitari esterni per prestazioni specialistiche, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. 165/2001

S P E C I F I C A

di richiedere il conferimento dell'incarico di collaborazione:

- per la disciplina / branca specialistica (tra quelle indicate nell'avviso pubblicato):

- presso il Centro sanitario polifunzionale / Questura - Ufficio sanitario provinciale
(contrassegnare la/e voce/i di interesse con una X nel relativo riquadro):

Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Lombardia-Emilia Romagna Centro sanitario polifunzionale di Milano	
Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Campania-Molise-Puglia-Basilicata Centro sanitario polifunzionale di Napoli	
Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Sicilia-Calabria Centro sanitario polifunzionale di Palermo	
Questura - Ufficio sanitario provinciale di _____	

ALLEGATO 2

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art. 76 del citato D.P.R., sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (*nel secondo caso specificare* _____);
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) 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;
- d) di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- e) l'insussistenza di eventuali cause o condizioni di inconferibilità e di incompatibilità e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;
- f) di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso l'Università _____ di _____, in data _____ con voto _____;
- g) di essersi abilitato all'esercizio della professione di Medico – Chirurgo Psicologo altra professione sanitaria (*specificare* _____, presso l'Università _____ di _____, nella _____ sessione dell'anno _____);
- h) di essere iscritto all'Albo dei/dagli _____ di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____, con n° _____;
- i) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso l'Università _____ di _____, in data _____ con voto _____;
- j) di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e attestati di perfezionamento attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta (*specificare titolo o abilitazione derivante dall'attestato, Ente rilasciante, luogo e data di conseguimento*):
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. _____
 - 6. _____
 - 7. _____
 - 8. _____
- k) di essere in possesso di altri titoli accademici non attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. _____
 - 6. _____
 - 7. _____
 - 8. _____

ALLEGATO 2

- l) di non ricoprire ricoprire uno dei seguenti incarichi accademici:
 professore ordinario
 professore associato
- m) di non ricoprire ricoprire uno dei seguenti incarichi dirigenziali presso Aziende o Enti del S.S.N.:
 incarico di direzione di struttura complessa o equivalente
 incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale/distrettuale o equivalente
 incarico di direzione di struttura semplice o equivalente
 incarico professionale di alta specializzazione o equivalente
 incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo o equivalente
 incarico professionale di base o equivalente
- n) di aver prestato servizio presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina / branca specialistica richiesta per complessivi anni _____; in particolare, dichiara di aver prestato servizio alle dipendenze di:
- Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
- o) di aver già prestato servizio a qualsiasi titolo presso l'Amministrazione della Pubblica Sicurezza:
No Sì per complessivi anni _____ Periodo dal _____ al _____;
- p) di aver richiesto l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza, ai sensi dell'art. 53, comma 8, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, consapevole che la medesima costituisce condizione indispensabile per il perfezionamento del contratto / convenzione;
- q) di essere in possesso di Partita IVA _____
(da valorizzare solo da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale)
- r) di avere copertura assicurativa RC professionale con la compagnia _____, numero polizza _____, con decorrenza _____ e scadenza _____;
(da valorizzare da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale e da coloro che sono dipendenti da Enti / Aziende del S.S.N. qualora non coperti da polizza aziendale)
- s) di eleggere quale domicilio per ogni comunicazione relativa all'avviso il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: _____;

ALLEGATO 2

- t) di accettare espressamente tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico, e di essere consapevole che lo stesso non è impegnativo per l'Amministrazione la quale si riserva, in ogni caso e in qualsiasi momento, il diritto di sospendere, interrompere, modificare o cessare la procedura, consentendo a richiesta degli interessati la restituzione della documentazione inoltrata, senza che ciò possa costituire diritto o pretesa di qualsivoglia natura, indennizzo o rimborso dei costi eventualmente sostenuti per la partecipazione;
- u) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm. e ii., esclusivamente per la finalità degli adempimenti amministrativi previsti dall'avviso e per la gestione dell'incarico convenzionale.

Alla presente si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data: _____

Firma _____