

OGGETTO: AVVISO DI SELEZIONE PER AFFIDAMENTO DI UN INCARICO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' DI CONSULENZA CONTABILE, FISCALE E PREVIDENZIALE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI COSENZA NELLE MATERIE ISTITUZIONALMENTE ALLO STESSO AFFIDATE

Si rende noto che l'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Cosenza** (d'ora in poi indicato semplicemente quale **Ordine** o **Ente**) indice una selezione pubblica per il conferimento di un incarico professionale per prestazioni di consulenza contabile fiscale e previdenziale a supporto dell'Ente. nell'espletamento dei compiti allo stesso ex lege affidati.

In particolare, il professionista incaricato dovrà provvedere alla:

1. Tenuta della contabilità;
2. Redazione bilancio di previsione;
3. Redazione conto consuntivo;
4. Dichiarazione dei redditi;
5. Dichiarazioni IVA e del sostituto d'imposta;
6. Versamenti periodici ed annuali delle imposte dirette ed indirette;
7. Contabilità delle retribuzioni del personale;
8. Buste paga;
9. Calcolo, registrazione e versamenti contributi previdenziali ed assistenziali;
10. Calcolo e liquidazione Trattamenti di fine rapporto;
11. Liquidazione compensi a terzi;
12. Predisposizione mandati di pagamento;
13. Assistenza, rappresentanza e consulenza fiscale;
14. Interventi presso Uffici Finanziari, Previdenziali e del Lavoro

L'incarico avrà durata di anni due a decorrere dal 2.05.2019 a tutto il 30.04.2021.

L'incarico sarà svolto negli Uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Cosenza, in Cosenza, Via Suor Elena Aiello, 23

Il professionista eseguirà l'incarico sotto la propria responsabilità, senza vincolo di subordinazione, nel rispetto delle discipline legali, professionali e deontologiche che regolano la professione forense.

L'importo annuale delle competenze professionali relative all'incarico è quantificato in € 8.500,00 (Euro Ottomilacinquecento/00), comprensivo di ogni altro onere e di ogni altra spesa strumentale (trasporto, trasferta, telefono, cancelleria, riproduzione atti, ecc.), oltre contributo previdenziale ed Iva, come per legge.

La selezione, all'esito della presente procedura, non attribuisce alcun diritto al conferimento dell'incarico.

Sono richiesti i seguenti requisiti specifici di accesso alla selezione:

- iscrizione all'albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili - Sez. A, con un'anzianità di almeno 5 anni;
- avere svolto attività oggetto dell'incarico, come sopra individuate, a favore di Pubbliche Amministrazioni, in particolare a favore di Ordini e/o Collegi professionali, per un periodo di almeno due anni.

Per l'ammissione alla selezione è richiesto, altresì, il possesso da parte dei partecipanti dei seguenti requisiti:

1. cittadinanza italiana o in alternativa appartenenza ad uno Stato membro della Unione Europea alle condizioni di cui all'art. 3 del D.P.C.M. 174 del 7/02/1994. Sono equiparati ai cittadini, gli italiani non appartenenti alla Repubblica;
2. non avere rapporti di parentela o affinità con gli iscritti eletti alle cariche di Presidente o Consigliere dell'Ordine, Presidente o Membro della CAO, Presidente o Membro del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine;
3. godimenti dei diritti politici;
4. assenza di condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, l'affidamento dell'incarico professionale da parte della Pubblica Amministrazione;
5. non essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
6. non essere stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
7. essere in regola con i versamenti assistenziali e previdenziali;
8. non trovarsi in conflitto di interessi con l'Ordine per aver assunto incarichi di difesa ovvero prestazioni di consulenza avverso l'interesse dell'Amministrazione stessa;
9. non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse di questa Amministrazione.

I requisiti di accesso e di ammissione di cui sopra sono da considerarsi obbligatori per la partecipazione alla presente selezione e devono essere tutti posseduti alla scadenza del presente avviso e per tutta la durata dell'incarico.

La mancanza di uno dei suddetti requisiti comporta automaticamente l'esclusione dalla selezione.

La selezione avverrà in base all'esperienza documentata nel curriculum.

La domanda dovrà essere presentata entro le **ore 12,00** dell'**11 Aprile 2019** e potrà essere presentata direttamente presso gli Uffici dell'Ordine, in Cosenza, alla Via Suor Elena Aiello n. 23, negli orari di apertura o trasmessa per mezzo del servizio postale solo mediante Raccomandata A.R., o tramite pec all'indirizzo segreteria@pec.ordinemedici.cosenza.it, con esclusione di qualsiasi altro mezzo. La domanda dovrà pervenire entro la data di scadenza del bando (**ore 12,00** dell'**11 Aprile 2019**).

Farà fede la data di arrivo al protocollo generale dell'Ente.

L'Ordine non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Nell'istanza, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, il candidato, oltre al cognome e nome, deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di false dichiarazioni:

1. di essere iscritto/a all'albo dei Dottori Commercialisti Esperti Contabili - Sez. A; indicando l'Ordine di appartenenza l'anzianità ed il numero di iscrizione;
2. l'esatto recapito, qualora il medesimo non coincida con la residenza;
3. il luogo e data di nascita;
4. di possedere la cittadinanza italiana o in alternativa appartenenza ad uno Stato membro della Unione Europea alle condizioni di cui all'art. 3 del D.P.C.M. 174 del 7/02/1994. Sono equiparati ai cittadini, gli italiani non appartenenti alla Repubblica;
5. non avere rapporti di parentela o affinità con gli iscritti eletti alle cariche di Presidente o Consigliere dell'Ordine, Presidente o Membro della CAO, Presidente o Membro del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine;
6. di godere dei diritti politici;

7. l'assenza di condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, l'affidamento dell'incarico professionale da parte della Pubblica Amministrazione;
8. di non essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
9. di non essere stato esclusi dall'elettorato politico attivo;
10. di essere in regola con i versamenti assistenziali e previdenziali;
11. di non trovarsi in conflitto di interessi con questa Amministrazione per aver assunto incarichi di difesa ovvero prestazioni di consulenza avverso l'interesse dell'Amministrazione stessa;
12. di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse di questa Amministrazione.

Alla domanda di partecipazione i concorrenti devono allegare, a pena di esclusione, il curriculum professionale redatto su carta semplice, datato e sottoscritto, che dovrà contenere tutte le indicazioni utili a valutare l'attività professionale, di studio e di lavoro, del concorrente ed ogni altro riferimento che il concorrente ritenga di rappresentare, nel proprio interesse, per la valutazione della sua attività.

Dovranno essere allegate, altresì:

- 1) Copia di un documento di identità, in corso di validità;
- 2) Informativa Privacy Regolamento (UE) 2016 / 679, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, sottoscritta per presa visione ed accettazione.

La partecipazione alla selezione comporta l'esplicita ed incondizionata accettazione di tutte le norme vigenti in materia e di quanto previsto dall'avviso di selezione.

I dati personali dei partecipanti saranno trattati, secondo criteri di liceità e correttezza, esclusivamente ai fini della presente selezione.

SCHEMA DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____,
il _____, residente a _____, prov. _____,
cap. _____, Via _____, tel. _____,
pec _____,
:

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il conferimento di un incarico prestazioni di consulenza contabile fiscale e previdenziale a supporto dell'Ente. nell'espletamento dei compiti allo stesso ex lege affidati, come esplicitati nell'avviso di selezione, il cui contenuto conferma di conoscere ed accettare.

A tal fine sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di false dichiarazioni:

DICHIARA

1. di essere iscritto/a all'albo dei Dottori Commercialisti Esperti Contabili - Sez. A didal, al n
2. di avere svolto attività oggetto dell'incarico, come sopra individuate, a favore di Pubbliche Amministrazioni, in particolare a favore di Ordini e/o Collegi professionali, per un periodo di almeno due anni;
3. di possedere la cittadinanza italiana o in alternativa appartenenza ad uno Stato membro della Unione Europea alle condizioni di cui all'art. 3 del D.P.C.M. 174 del 7/02/1994. Sono equiparati ai cittadini, gli italiani non appartenenti alla Repubblica;
4. non avere rapporti di parentela o affinità con gli iscritti eletti alle cariche di Presidente o Consigliere dell'Ordine, Presidente o Membro della CAO, Presidente o Membro del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine;
5. di godere dei diritti politici;
6. l'assenza di condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, l'affidamento dell'incarico professionale da parte della Pubblica Amministrazione;
7. di non essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
8. di non essere stato esclusi dall'elettorato politico attivo;
9. di essere in regola con i versamenti assistenziali e previdenziali;
10. di non trovarsi in conflitto di interessi con questa Amministrazione per aver assunto incarichi di difesa ovvero prestazioni di consulenza avverso l'interesse dell'Amministrazione stessa;
11. di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse di questa Amministrazione.

Allega:

- 1) curriculum professionale;
- 2) copia documento d'identità;
- 3) Informativa Privacy Regolamento (UE) 2016 / 679 sottoscritta per presa visione ed accettazione.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA

Ai sensi delle disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016 / 679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali», La informiamo che i dati personali e sensibili da Lei forniti e quelli che eventualmente fornirà, anche successivamente, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Tali dati verranno trattati per finalità di rilevante interesse pubblico, utilizzando strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I dati potranno essere trattati anche utilizzando strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi secondo le procedure previste dal Documento Programmatico della Sicurezza in vigore nell'ente.

La informiamo, inoltre, che i suoi dati potranno essere trattati anche da Enti pubblici e privati, nei limiti necessari per il conseguimento delle finalità per le quali sono rilasciati.

La informiamo sulla natura obbligatoria del conferimento dei dati e anche sulla inevitabile impossibilità da parte nostra di erogare i servizi e adempiere agli obblighi nei suoi confronti conseguente al suo eventuale rifiuto di conferire i dati e di autorizzarne la comunicazione alle suddette categorie di soggetti.

La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui alle disposizioni normative sopra richiamate.

Titolare e responsabile del trattamento dei dati: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Cosenza.

Per presa visione ed accettazione.

Data _____

Firma _____