REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Piazza Libertà 1 – 71121 Foggia

(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

AFFISSO ALL'ALBO DELL'AZIENDA ASL FG DI FOGGIA E SUL SITO WEB AZIENDALE DAL 29 GEN. 2016 AL 12 FEB. 2016

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE IL 12 FEB. 2016

Oggetto: AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI SOSTITUZIONE, AI SENSI DELL'ART. 18, COMMA 4, DEL CCNL AREA DIRIGENZA MEDICA DEL 8/6/2000, DI DIRETTORI RESPONSABILI DELLE SEGUENTI STRUTTURE COMPLESSE:

U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	**- P.O. S. SEVERO**
U.O.C. Pediatria	**- P.O. CERIGNOLA**
U.O.C. Psichiatria	**- P.O. MANFREDONIA**
U.O.C. Psichiatria Territoriale	**- C.S.M. FOGGIA**
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	**- P.O. CERIGNOLA**
U.O.C. Medicina interna	**- P.O. CERIGNOLA**

Considerato che le UU.OO. sopra riportate risultano prive del Direttore di Struttura Complessa e per le quali gli organi competenti regionali hanno concesso deroghe all'assunzione;

Dato atto che gli uffici competenti stanno provvedendo ad avviare l'iter amministrativo previsto per l'espletamento delle procedure concorsuali finalizzate al conferimento dell'incarico con individuazione del relativo responsabile;

Questa Direzione, al fine di assicurare la continuità assistenziale nonché il coordinamento delle funzioni dirigenziali, ritiene necessario attivare le procedure previste dall'art. 18, comma 4, del CCNL 8.6.2000 Area dirigenza Medica e Veterinaria come integrato dall'art. 11 del CCNL 3.11.2005.

REQUISITI

Possono partecipare al presente avviso interno i dirigenti medici della medesima struttura titolari di incarico di struttura semplice (ex art. 27, comma 1 lett. b) del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria del 1998/2001) o di incarico di alta specializzazione (ex art. 27, comma 1 lett. c) del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria del 1998/2001).

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

I Dirigenti medici interessati dovranno inviare, entro quindici giorni dalla pubblicazione del presente avviso, al Commissario straordinario dell'ASL FG, l'istanza di partecipazione, utilizzando lo **schema di domanda** allegato, unitamente ad un **Curriculum formativo e professionale** autocertificato ai sensi del DPR 445/2000, recante l'indicazione dei seguenti titoli:

- TITOLI DI CARRIERA (con la chiara precisazione della denominazione dell'Ente che ha conferito l'incarico, del profilo rivestito, dell'inizio e termine dell'incarico)
- TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (Specializzazione/i)
- PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI(Precisare il nome della rivista, tipologia della rivista e tipologia della pubblicazione – idem per le Comunicazioni e per gli Abstract)
- CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE (Corsi di aggiornamento – Corsi di perfezionamento universitari – Master universitari – Docenze – Dottorati di ricerca e Borse di studio)

MODALITA' DI ESPLETAMENTO

La valutazione sarà effettuata da apposita Commissione individuata dal Commissario Straordinario: La Commissione formulerà una graduatoria sulla base delle sole informazioni **autocertificate ai sensi del DPR 445/2000,** previa definizione di specifici criteri di valutazione.

PUBBLICITA'

Il presente avviso, al fine di garantirne la massima diffusione, sarà affisso agli albi delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda e pubblicato sul sito web dell'ASL FG.
Sarà cura dell'Area Personale dare tempestiva informazione alle RSU aziendali ed alle OO.SS. territoriali circa l'attivazione della presente procedura.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati acquisiti con la presentazione della istanza e della documentazione allegata alla stessa saranno trattati nel rispetto del D.L.vo 196/2003 per le finalità dichiarate nel presente avviso, nonché per l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti, ai sensi della L. 241/90 da parte degtli aventi diritto.

IL DIRETTORE AREA PERSONALE
dott.ssa Annamaria GUALANO

IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Luigi PACILLI

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
dott. Vito PIAZZOLLA

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
Piazza Libertà 1 – 71121 Foggia
(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

Schema di domanda
Allegare copia documento di
riconoscimento in corso di validità

Al Direttore Generale
ASL FG

Il/La... sottoscritt..... chiede di poter partecipare all'avviso interno per il conferimento di incarico di Responsabile della Struttura Complessa di "_____",

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace ,secondo quanto previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la presente domanda le clausole ivi contenute;
2. di essere nat..... a ..... il .....;
3. di essere residente in ..... Via/Piazza .....;
4. di possedere la cittadinanza .....;
5. di essere in possesso del seguente titolo di studio ..... conseguito il ..... presso .....;
6. di possedere la specializzazione in ..... conseguita il ..... presso .....;
7. di aver conseguito presso il seguente Paese dell'Unione Europea ..... il titolo di studio .... in data ..... equiparato, ai sensi dell'art. 38 co. 3 del D.Lgs. 165/2001, con D.P.C.M. .....;
8. di aver ottenuto, ai sensi degli artt. 49 e 50 del DPR n. 394/99 e s.m. e i., il riconoscimento dell'equipollenza del titolo di studio ..... e/o della specializzazione ..... conseguito presso lo Stato ..... con Decreto del Ministero della Salute n. ..... del ..... (nel caso di titoli accademici e di studio conseguiti all'estero);
9. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di ..... al n. .....;
10. di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale;
11. di essere in possesso della seguente anzianità di servizio:

12. di aver/non avere avuto sanzioni disciplinari definitive nell'ultimo biennio;

13. di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva (4) _____;

14. di essere/non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

15. di essere/non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili;

16. di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo:

località/Stato _____

Via _____ c.a.p. _____

Telefono _____

Indirizzo PEC _____

Impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione successiva dello stesso indirizzo all'Area Direzione del Personale – U.O. Assunzioni e Concorsi e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Il sottoscritto autorizza la ASL FG al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura concorsuale, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti da parte degli aventi diritto, nonchè anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti la gestione del rapporto stesso.

Allega CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000

Data, ... Firma .....

1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi;
2) indicare le eventuali condanne riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale), la data del provvedimento e l'autorità che l'ha emessa, idem per i procedimenti penali in corso;
3) in caso in cui il candidato non abbia prestato servizio in Pubbliche Amministrazioni indicare "alcuna Amministrazione Pubblica" omettendo di compilare le indicazioni necessarie;
4) per i candidati nati entro il 1985;