

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
U.O. GESTIONE RISORSE UMANE

AVVISO, INTERNO E RISERVATO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI SOSTITUZIONE, A TEMPO DETERMINATO, PER MESI SEI, EVENTUALMENTE RINNOVABILI, PER LA DIREZIONE DELLA STRUTTURA SEMPLICE “RIABILITAZIONE” DEL DISTRETTO DI SOVERATO, EX ART. 18, COMMA 4, DEL CCNL 98/2001 E SMI DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA.

Art. 1
Generalità

In esecuzione della deliberazione n. 976 del 21/12/2015, è indetto avviso interno per il conferimento di n. 1 incarico di sostituzione, a tempo determinato, per mesi sei, eventualmente rinnovabili, per la direzione dell’U.O.S. “Riabilitazione” del Distretto di Soverato, ex art. 18, comma 4, del CCNL 98/2001 e s.m.i. della Dirigenza Medica e Veterinaria, **riservato al personale dirigenziale, dipendente di ruolo, in servizio presso l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.**

A norma dell’art. 57, punto 1), del decreto legislativo 30 marzo 2001, è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l’accesso al lavoro ed al relativo trattamento sul lavoro.

Art. 2
Requisiti di Ammissione

Possono partecipare all’avviso in questione i dirigenti medici, dipendenti di ruolo, in atto presso l’U.O. Riabilitazione del Distretto di Soverato, titolari di incarico di alta specializzazione o, comunque, della tipologia c) di cui all’art. 27 con riferimento, ove previsto, alla disciplina di appartenenza.

Art. 3
Presentazione della domanda

Per essere ammessi a partecipare all’avviso in questione gli interessati dovranno presentare direttamente o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, domanda indirizzata al Sig. Commissario Straordinario dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, entro e non oltre le ore 12,00 del 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando all’Albo Pretorio dell’intestata Azienda e sul sito istituzionale, pena esclusione.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine di scadenza è prorogato alla stessa ora del primo giorno non festivo.

Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio, l’eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

Nella domanda gli interessati dovranno indicare, sotto la propria responsabilità:

- a) Cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza;
- b) I titoli di studio posseduti;
- c) I servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- d) L’opzione tra l’attività libero professionale intramuraria o extramuraria nel caso di conferimento di incarico;
- e) Il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui alla lettera a) del presente articolo.

La domanda deve essere firmata, pena esclusione. La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata ai sensi dell’art. 3, comma 5, della Legge 15/05/97, n. 127.

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
U.O. GESTIONE RISORSE UMANE

Art. 4
Documentazione da allegare

Alla domanda di partecipazione, redatta su carta semplice, i candidati devono allegare, pena esclusione, le documentazioni comprovanti il possesso dei sopraindicati requisiti specifici di ammissione o le relative dichiarazioni sostitutive.

Devono, inoltre, allegare:

- 1) Curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato e firmato. Nel *curriculum* dovranno essere descritte, in modo dettagliato, le specifiche attività svolte nell'ambito della disciplina a selezione o di discipline equipollenti, e dovranno essere indicate le sedi e le unità operative in cui tali attività sono state prestate.

Possono, infine, allegare:

- 2) Tutte le certificazioni relative ai titoli ritenuti utili dai candidati ai fini della valutazione comparata dei curricula per il conferimento dell'incarico di sostituzione

Non è ammessa la produzione di documentazione dopo il termine fissato per la presentazione delle domande.

L'Amministrazione sin d'ora declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Art. 5
Conferimento dell'incarico

L'incarico, la cui durata è di mesi sei, eventualmente prorogabili fino a mesi dodici, verrà conferito dal Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, a seguito di valutazione comparata dei curricula prodotti dai dirigenti interessati, ex art. 13 del Regolamento per l'affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali.

Art. 6
Norme finali e di rinvio

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla vigente normativa in materia ed al vigente CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio Concorsi – Via Acri n. 24 – 88100 Catanzaro - Telefono: **0961 7033526**.

Catanzaro, lì 22/12/2015.

Il Commissario Straordinario
F.to Dott. Giuseppe Perri

IL PRESENTE AVVISO E' STATO PUBBLICATO IN DATA 23/12/2015.
SCADE ALLE ORE 12:00 DEL 07/01/2016.

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
U.O. GESTIONE RISORSE UMANE

Allegato A

Modello di domanda:

SIG. COMMISSARIO STARORDINARIO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
Via Vinicio Cortese, 25
88100 CATANZARO

Il sottoscritto, _____, nato a _____
il _____ e residente in _____ (Prov. Di _____) alla via
_____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso, interno e riservato, per il conferimento di n. 1 incarico di sostituzione, a tempo determinato, per mesi sei, eventualmente rinnovabili, per la direzione dell'U.O.S. "Riabilitazione" del Distretto di Soverato, ex art. 18, comma 4, del CCNL 98/2001 e s.m.i. della Dirigenza Medica e Veterinaria, pubblicato all'Albo Pretorio Aziendale e sul sito istituzionale il _____.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di:

- ◆ Essere nat ____ a _____ il _____;
- ◆ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ◆ Di essere in possesso dei requisiti di ammissione richiesti nel bando;
- ◆ Di aver prestato i seguenti servizi presso le seguenti pubbliche amministrazioni _____;

___l___ sottoscritt___ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr _____ Via _____
_____ (CAP) _____ Telefono n. _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

___l___ sottoscritt___ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e si obbliga a provarlo mediante la presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabilite dal bando.

___l/___a sottoscritt___ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso.

___l___ sottoscritt___ allega alla presente domanda:

1. Dichiarazioni comprovanti il possesso dei requisiti di ammissione per il conferimento dell'incarico, previsti all'art. 2 del bando;
2. Curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato e firmato, debitamente documentato;
3. Eventuali documenti e titoli, in unica copia, utili ai fini dell'avviso.

Data _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (D.P.R. n. 445/2000)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Firma _____