

All. a)

**AVVISO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE**

**UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DENOMINATA "ASB - A/B"**

**INSECUZIONE DELLA DELIBERAZIONE N. 35h DEL 02/02/2012**

In attuazione del modello organizzativo di cui al nuovo atto aziendale dell'ASL Frosinone, è stato indetto un avviso di selezione interna, secondo quanto stabilito con il regolamento relativo all'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali adottato con deliberazione n. 1011 del 28/09/2015, per il conferimento incarico di responsabilità di Unità Operativa Semplice.

In attuazione della deliberazione n. 1477 del 19/09/2017 e deliberazione n. 1647 del 12/10/2017 relative alla istituzione delle UU.OO.SS. Aziendali.

L'ASL Frosinone si riserva piena facoltà di prorogare, sospendere, modificare, revocare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, qualora si rilevasse la necessità ed opportunità per ragioni di pubblico interesse, escludendo per i candidati qualsiasi pretesa a diritto.

Si garantisce la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ai sensi della legge 10/04/1991 n. 125, nonché ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i..

DENOMINAZIONE STRUTTURA	MACROSTRUTTURA DI AFFERENZA	DURATA DELL'INCARICO
U.O.S. ASB - A/B	U.O.C. ASB A/B	QUINQUENNALE

**REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

- Rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- Inquadramento nel profilo di Dirigente Medico, nella disciplina di Organizzazione Servizi Sanitari di Base e/o Igiene e Sanità Pubblica, afferenti alla UOC ASB A/B, con 5 anni di anzianità di servizio;

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Gli aspiranti devono presentare domanda di partecipazione al presente avviso in carta semplice, redatta utilizzando il modello fac-simile allegato al presente bando, nonché la documentazione ad essa allegata.

La domanda va inoltrata entro il quindicesimo (15) giorno dalla pubblicazione del presente avviso, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, debitamente firmata in originale a pena di esclusione dall'avviso medesimo, dovrà essere presentata od inviata a mezzo servizio postale con raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Al Commissario Straordinario - Azienda Sanitaria Locale Frosinone Via Armando Fabi, snc 03100 - Frosinone - oppure consegnata direttamente, entro il termine fissato dal bando all'Ufficio Protocollo della A.S.L. - Frosinone.

Si precisa inoltre che, ai fini della presentazione a mano delle domande, l'orario di accesso all'ufficio protocollo è tutti i giorni, escluso il sabato ed i festivi dalle ore 8.15 alle ore 12.00 e dal lunedì al giovedì anche dalle 15.00 alle 16.00- escluso prefestivi. Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al giorno successivo non festivo. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.



## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Il candidato a pena di esclusione dovrà presentare, allegato alla domanda, un curriculum vitae/professionale, in formato europeo, datato e firmato redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000) e s.m.i., atto a dimostrare, in relazione alla tipologia dell'incarico da affidare:

- Capacità professionale all'incarico,
- Esperienza nel settore specifico,
- Esperienza in altri settori dell'ASL o altre Aziende Sanitarie,
- Esperienza presso soggetti privati o altre amministrazioni,
- Esperienza di direzione di strutture,
- Titoli di studio ulteriori a quelli previsti per l'accesso,
- Aggiornamento professionale,
- Attività di docenza o pubblicazioni scientifiche,
- Dichiarazione di incompatibilità e/o inconfiribilità ai sensi del Decreto Legislativo n. 39/2013 e s.m. e i..

## CONFERIMENTO INCARICO

L'incarico di responsabile della U.O.S. sarà conferito dal Commissario Straordinario sulla base di una rosa di idonei selezionati, fra i dirigenti partecipanti al presente avviso, indicata dal Direttore e/o Responsabile della U.O.C. di riferimento.

Con l'accettazione dell'incarico si intendono implicitamente accettate, senza riserve, tutte le norme che disciplinano lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale dirigente, ivi comprese le regolamentazioni aziendali.

L'attività svolta dall'incaricato sarà oggetto di verifica quinquennale sia da parte del Collegio Tecnico che dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Le risultanze di una eventuale valutazione negativa saranno oggetto di apposite valutazioni da parte della Direzione Strategica.

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La presentazione della domanda di partecipazione, da parte del candidato, implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura di selezione.

## NORME FINALI

Per quanto non esplicitamente compreso nel presente avviso si fa riferimento al regolamento aziendale adottato con delibera n. 1011 del 28/09/2015 e alla vigente normativa di riferimento.

Il Commissario Straordinario  
Dott. Luigi MACCHITELLI

Data pubblicazione 12-02-2018

Data scadenza 27-02-2018



Fac simile

Al Commissario Straordinario  
Azienda Sanitaria Locale - Frosinone  
Via Armando Fabi snc  
**03100 Frosinone**

...L... sottoscritt... chiede di essere ammess... a partecipare all'avviso interno, per il conferimento incarico, di durata quinquennale, di Responsabile UCS denominata:  
".....".

A tal fine, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, con valore di dichiarazione sostitutiva in materia di documentazioni amministrative, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi,

DICHIARA

- a) di essere nat... a ..... (prov.....) il ..... e di residere in Via ..... n. .... cap..... città ..... tel ..... Mail.....;
- b) di essere dipendente della ASL Frosinone a tempo pieno e indeterminato nel profilo di ..... inquadrato nella disciplina di .....
- c) di essere attualmente in servizio presso .....
- d) di essere o non essere titolare del seguente incarico dirigenziale (tipologia denominazione): .....
- e) di avere preso visione dell'avviso interno e di accettare con la presentazione della presente istanza tutte le clausole ivi contenute;
- f) di voler ricevere le comunicazioni relative al presente avviso in .....

...L... sottoscritt... esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L.vo 30/6/2003 n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto, a pena di esclusione dalla presente procedura, allega

- curriculum formativo professionale, in formato europeo, datato e firmato redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Data, .....

Firma .....

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/00, la firma non è soggetta ad autenticazione)