

Allegato a)

**AVVISO DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI RESPONSABILE
UNITA' OPERATIVA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
IN ESECUZIONE DELLA DELIBERAZIONE N. 73 DEL 27/01/2021**

In attuazione del modello organizzativo di cui al nuovo atto aziendale dell'ASL Frosinone, pubblicato sul BUR della Regione Lazio n. 63 dell'8/8/2017, è 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 di incarico di responsabilità di Unità Operativa Semplice Dipartimentale afferenti alla Direzione Strategica e ai Dipartimenti 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 o 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.D. MEDICINA CONVENZIONATA E RETI ASSISTENZIALI	DIREZIONE DISTRETTO SANITARIO	TRIENNALE

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

- Rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- Inquadramento nel profilo di Dirigente Medico, con almeno 5 anni di anzianità di servizio;
- Aver superato positivamente la valutazione prevista dall'art. 59 CCNL Area Sanità trienni 2016/2018 e la valutazione dell'attività professionale svolta prevista dall'art. 25 CCNL PTA 2005.

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 successivo alla 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 esclusivamente a mezzo pec all'indirizzo protocollo@pec.aslfrosinone.it.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e non si terrà in alcun modo conto delle domande, dei documenti e titoli presentati o pervenuti dopo la scadenza del termine stesso.

Fa fede il timbro postale accettante.

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:

- Esperienza nel settore specifico;
- Esperienza in altri settori dell'ASL o altre Aziende Sanitarie;
- Esperienza presso soggetti privati o altre amministrazioni pubbliche;
- 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..

ATTRIBUZIONE INCARICO

L'incarico di responsabile della UOSD sarà conferito dal Direttore Generale sulla base di una rosa di idonei selezionati, fra i Dirigenti Medici partecipanti al presente avviso;

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 triennale 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.

OGGETTO DELL'INCARICO

La UOSD "Medicina Convenzionata e Reti Assistenziali" svolge compiti di gestione amministrativa e sanitaria centralizzata delle convenzioni uniche nazionali, applicazione dei contratti nazionali e decentrati

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 Direttore Generale
Dr.ssa Pierpaola D'Alessandro

Data pubblicazione _____

Data Scadenza _____

Allegato b)

Modello esemplificato di domanda

AL Direttore Generale
ASL FROSINONE
Via Armando Fabi snc
03100 – FROSINONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ in data
_____ residente in _____ via _____
n. _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione, per titoli, per il conferimento dell'incarico di Responsabile della UOSD denominata "MEDICINA CONVENZIONATA E RETI ASSISTENZIALI" afferente al Direzione di Distretto Sanitaria.

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 DPR n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente in _____ via _____;
3. di essere dipendente della ASL Frosinone a tempo pieno e indeterminato nel profilo di Dirigente Medico;
4. di essere attualmente in servizio presso il Dipartimento _____;
5. di avere preso visione dell'avviso interno e di accettarne con la presentazione della presente istanza tutte le clausole ivi contenute;

Il/la sottoscritto/a chiede inoltre che qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione avvenga al presente indirizzo:
_____;

In base a quanto disposto dal codice di protezione dei dati personali, adottato con D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione apposta in calce alla domanda autorizza incondizionatamente l'Amministrazione al trattamento dei dati personali necessari all'espletamento della procedura di selezione di cui trattasi.

Si allega alla presente, a pena di esclusione dalla presente procedura:

- 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..

Luogo e data _____
(firma per esteso non autenticata)

(Allegare copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000)