



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PESCARA

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE DENOMINATA "UOS DISABILITA' E SUPPORTO PROTESICO", AFFERENTE ALLA UOC ORGANIZZAZIONE E CURE TERRITORIALI DELL'AZIENDA USL DI PESCARA.

DATA DI PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET DELLA ASL: 08/06/2018

SCADENZA: 23 GIUGNO 2018

In esecuzione della deliberazione nr. 582 del 31 maggio 2018 è indetto un avviso interno per il conferimento dell'incarico di struttura semplice denominata "UOS DISABILITA' E SUPPORTO PROTESICO", afferente alla UOC Organizzazione e Cure Territoriali riservato ai Dirigenti Medici in servizio a tempo indeterminato presso la scrivente Azienda ed in possesso di una anzianità di servizio di almeno 5 anni nella disciplina di Medicina Fisica e Riabilitazione, ovvero nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia, ovvero Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, ovvero discipline equipollenti, da espletare ai sensi e per gli effetti del regolamento aziendale vigente in materia di affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali di area medica e veterinaria, giusta deliberazione numero 169 del 03/03/2014.

L'incarico verrà conferito per la durata di 5 anni, fatti salvi i limiti di età previsti dalla normativa vigente, e sarà soggetto alle procedure di valutazione e verifica, sia annuali da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sia al termine dell'incarico da parte del Collegio Tecnico, previste dalle vigenti disposizioni normative, contrattuali e regolamentari aziendali.

Nelle more della definizione della procedura di graduazione degli incarichi dirigenziali l'incarico di cui al presente Avviso determina la corresponsione della retribuzione di posizione minima unificata prevista dal vigente CCNL.

Si precisa che, ai fini del conferimento dell'incarico, il candidato individuato dovrà aver riportato una valutazione positiva da parte del competente Collegio Tecnico e che, pertanto, nell'eventualità in cui detta valutazione non fosse stata ancora espletata, lo stesso verrà sottoposto alla suddetta procedura valutativa.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Le domande di ammissione al presente Avviso, redatte su carta semplice secondo lo schema dell'allegato A), unitamente all'allegato B) ed indirizzate al Direttore Generale della Azienda USL di Pescara Via Paolini, 47 - 65124 Pescara - dovranno pervenire entro e non oltre, pena l'esclusione, il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del

presente avviso sul sito web dell'Azienda www.ausl.pe.it nelle pagine dedicate ai concorsi ed alle selezioni.

Qualora detto termine cada in un giorno festivo, esso è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande di ammissione all'avviso possono essere presentate all'Ufficio competente alla ricezione (protocollo generale), esclusivamente nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 e nelle giornate di martedì e giovedì anche dalle ore 15.30 alle ore 17.00, ovvero inoltrate a mezzo del servizio postale (raccomandata con avviso di ricevimento) entro il suddetto termine. All'uopo fa fede il timbro postale accettante.

Saranno ritenute come giunte fuori termine le domande portanti il timbro postale di partenza di data posteriore a quella di scadenza del presente avviso e quelle consegnate a mano al protocollo generale di questa Azienda USL in data posteriore a quella di scadenza del presente avviso.

Non verranno comunque prese in considerazione le domande spedite a mezzo raccomandata entro il termine di scadenza del presente avviso qualora esse pervengano oltre il settimo giorno successivo al termine di scadenza del presente avviso.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da mancata o inesatta indicazione del recapito da parte del candidato ovvero da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi.

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

La domanda deve essere firmata in calce dall'interessato, pena esclusione. Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445/2000 la firma da apporre in calce alla domanda non deve essere autenticata. Alla domanda deve essere allegata, a pena di esclusione, copia fronte retro di un documento di identità del candidato in corso di validità.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

Alla **domanda** di partecipazione redatta **secondo l'allegato A)** i concorrenti devono allegare, **esclusivamente, un curriculum formativo e professionale**, redatto su carta semplice, datato e firmato, **autocertificato ai sensi del D.P.R n. 445/2000, ed il modulo di consenso al trattamento dei dati, secondo l'allegato B), nonché l'esito delle eventuali valutazioni** cui il dirigente è stato sottoposto presso altre aziende del SSN.

Nel curriculum dovranno essere descritte, in modo dettagliato, le specifiche attività svolte e le esperienze maturate in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende, nonché documentate esperienze di studio e ricerca effettuate presso istituti di rilievo nazionale o internazionale in relazione all'incarico di cui al presente bando.

In sede di valutazione del curriculum sarà data particolare rilevanza alle esperienze professionali maturate nello specifico settore di afferenza.

PROCEDURA, CRITERI E MODALITA' DI AFFIDAMENTO DELL'INCARICO:

Nell'affidamento dell'incarico l'Azienda terrà conto:

- a) della valutazione effettuata dal Collegio Tecnico, ove effettuata;
- b) della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- c) delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche correlate all'incarico da conferire che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende, ovvero esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale.
- d) dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi affidati, valutati dagli organismi deputati.

Il Direttore Generale procederà all'affidamento dell'incarico, con atto scritto e motivato, sulla base di una rosa di idonei selezionati dal Direttore della UOC Organizzazione e Cure

Territoriali, ovvero dal Direttore Sanitario Aziendale in caso di vacanza di detto posto, vista l'afferenza dell'incarico di struttura semplice da attribuire nel rispetto dei suddetti principi, secondo i criteri di seguito elencati.

Per il giudizio di idoneità del dirigente interessato all'incarico, sarà preso in considerazione:

- a) la valutazione riportata dal Collegio Tecnico, ove effettuata;
- b) i risultati raggiunti dal dirigente in relazione agli obiettivi affidati ai fini della retribuzione di risultato in base alle verifiche svolte annualmente dall'O.I.V;
- c) il grado di professionalità desunto dal curriculum professionale allegato all'istanza di partecipazione al presente avviso.

NORME FINALI E DI RINVIO:

La Azienda Unità Sanitaria Locale di Pescara si riserva l'insindacabile facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando viene fatto espresso riferimento alla vigente normativa in materia.

Per informazioni rivolgersi a Ufficio Gestione Risorse Umane - Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara - tel. 085/4253065 dalle ore 11, 00 alle 13,00 dal lunedì al venerdì.

Pescara li, 08 giugno '18

**IL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA USL PESCARA
Dott. Armando Mancini**

(fac simile domanda di partecipazione all'avviso)

**AL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
Via R. Paolini, 47
65124 PESCARA**

Il sottoscritt _ (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____ n. _____

dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda USL di Pescara nella qualifica di Dirigente
_____ nella disciplina di _____ in
servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di _____ U.O. di
_____ recapito telef. _____ ;

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di struttura semplice
"UOS DISABILITA' E SUPPORTO PROTETICO", afferente alla UOC Organizzazione e Cure
Territoriali indetto da codesta Azie--nda Unità Sanitaria Locale con deliberazione numero nr. 582 DEL
31.05.2018.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di aver preso visione dell'avviso di cui all'oggetto;
- di aver preso visione del regolamento aziendale vigente in materia di conferimento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali per l'area di interesse, pubblicato sul sito aziendale www.ausl.pe.it/documentiazionali;
- di accettare tutte le clausole previste dal bando, di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso.

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'avviso al seguente indirizzo:

e solleva l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo.

Il sottoscritt dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato e quanto indicato nell'allegato curriculum 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 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritt consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali nel rispetto del D.lvo n. 196/2003 per lo svolgimento di tutte le procedure relative al presente avviso.

Allega alla presente domanda di ammissione il **curriculum formativo e professionale**, in carta semplice, datato e sottoscritto, autocertificato ai sensi del DPR 445/2000, **ed il modulo al consenso al trattamento dei propri dati di cui all'allegato B)** oltre ad **una copia fronte retro di un documento di identità in corso di validità**, nonché **l'esito delle valutazioni** cui è stato sottoposto presso altre aziende del SSN.

Data _____

FIRMA

ALLEGATO B)

**CONSENSO DEI PARTECIPANTI A SELEZIONE A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI
PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

ai sensi dell'art. 81 del D.Lgs.vo n. 196/2003.

ESPRESSIONE CONSENSO

Il/la sottoscritt _____
nat _ a _____ il _____
residente a _____ Via _____

- dopo essere stato informato dei propri diritti (artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.vo 196/2003) nei confronti del trattamento dei dati personali sensibili;

- dopo aver preso visione dell'informativa, ex art. 13 D.Lgs.vo n. 196/2003 e, quindi, consapevole che:

- a) i dati personali sensibili saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza) esclusivamente per finalità inerenti le procedure relative al presente avviso;
- b) il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
- c) in mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
- d) qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati, (in aggiunta dei soggetti nominati dall'Azienda U.S.L. Responsabili o Incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto dell'A.U.S.L. svolgono attività di supporto istituzionale;
- e) i trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
- f) i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel D.P.S. (Documento Programmatico per la Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l'ufficio Privacy aziendale;
- g) nel D.P.S. potrà essere presa visione dei nominativi delle ditte che svolgono attività in outsourcing per conto della A.U.S.L.

C O N S E N T E

che tali dati saranno trattati per i dovuti adempimenti amministrativi, relativi alla procedura di selezione.

Firma dell'interessato _____

E' indispensabile allegare una fotocopia del documento di riconoscimento.

Data _____