



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Pesaro**

Presidi Ospedalieri di Pesaro e Fano

Scadenza termine per la
presentazione delle domande

06/02/2018

Allegato n. 1

AVVISO

In applicazione del Regolamento aziendale in materia di affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali, approvato con determina n. 795 del 04/11/2014, e in esecuzione della determina del Direttore Generale n. 22 del 18/01/2018.

SI INFORMA

che l'Azienda intende conferire il seguente incarico triennale dirigenziale:

**RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE ORGANIZZAZIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE E
MONITORAGGIO PERFORMANCE ORTOPEDICHE**

presso il DIPARTIMENTO di CHIRURGIA , della durata di anni tre.

REQUISITI

Il presente avviso è rivolto a tutti i Dirigenti Medici e SPTA dipendenti dell' Azienda Ospedaliera e afferenti al Dipartimento sopraindicato, **con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo pieno**, che risultano possedere i seguenti requisiti:

- anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico con valutazione positiva nei termini di cui all'art. 25 del CCNL 3.11.2005 per l'Area Dirigenza Medica Veterinaria e SPTA.

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

I Dirigenti Medici e Dirigenti SPTA interessati devono presentare apposita manifestazione di interesse, redatta in carta semplice secondo il modello allegato (allegato n.2), e inoltrare la medesima alla sede legale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (Piazzale Cinelli 4 Pesaro) all'attenzione del Direttore U.O.C. Gestione ed Amministrazione Risorse Umane, tramite utilizzo di posta elettronica certificata personale del candidato al seguente indirizzo di posta elettronica certificata **aomarchenord@emarche.it**, unitamente alla fotocopia del documento del sottoscrittore.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale.

Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.

In caso di invio tramite posta elettronica gli allegati alle istanze devono pervenire in uno dei seguenti formati previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione:

FORMATI	ESTENSIONE FILES
PDF	.pdf
PDF/A (preferibile per garantire la conservazione a lungo termine)	
TIFF	.tif
JPG	.jpg .jpeg
OFFICE OPEN XML (OOXML)	.docx .xlsx .pptx
OPEN DOCUMENT FORMAT	.ods .odp .odg .odb
XML	.xml
TXT	.txt

Non saranno accettati files in formati diversi.

Per limitare il numero dei files/allegati si raccomanda di riunire i diversi documenti/immagini **in un unico file PDF.**

Si raccomanda di non superare il limite complessivo di 100 MB per ogni invio/messaggio.

Nel caso le dimensioni dei file siano maggiori, è possibile effettuare invii multipli, inserendo, oltre agli allegati di ogni nuovo invio, una lettera di trasmissione in cui deve essere riportata l'indicazione della procedura, il numero dell'invio ed il numero totale degli invii (esempio: trasmissione istanza 1/2, trasmissione istanza 2/2);

o tramite servizio postale (racc. A.R.), oppure tramite consegna in busta chiusa direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda, stesso indirizzo, dalle ore 11.00 alle ore 13.00 di tutti i giorni feriali escluso il sabato,

a pena di esclusione entro il giorno

6 FEBBRAIO 2018

(quindicesimo giorno dopo la pubblicazione all'Albo e nel sito internet dell'Azienda).

Al fine della verifica dei suddetti termini di presentazione della domanda fa fede il timbro di spedizione postale o l'acquisizione da parte dell'Ufficio Protocollo dell'Azienda.

All'esterno della busta deve essere indicato il MITTENTE e deve essere riportata la seguente dicitura: "*il presente plico contiene manifestazione di interesse al conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice " **Organizzazione continuità assistenziale e monitoraggio performance ortopediche** "*

Alla manifestazione di interesse devono essere allegati:

- un curriculum formativo e professionale, datato, firmato e redatto in forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- tutti quei documenti e titoli che gli aspiranti all'incarico ritengano opportuno presentare nel proprio interesse;
- una fotocopia di documento di identità in corso di validità.

CRITERI DI SCELTA

Per il conferimento dell'incarico vengono applicati i seguenti criteri di scelta:

- esperienza già acquisita nello specifico ambito disciplinare svolta anche in altre Aziende del SSN o in altre Amministrazioni pubbliche e private ovvero esperienze documentate coerenti all'incarico da affidare;
- rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo;
- esperienza di direzione di struttura;
- attitudini personali, capacità professionali e competenze documentate;
- titoli di studio ulteriori rispetto a quelli specificatamente previsti per l'affidamento dell'incarico;
- formazione ed aggiornamento professionale in riferimento all'ambito disciplinare oggetto di incarico;
- docenze e/o pubblicazioni scientifiche attinenti all'ambito disciplinare oggetto di incarico riferite all'ultimo triennio (dalla data di presentazione della manifestazione di interesse);
- valutazioni annuali dell'ultimo triennio e verifiche a scadenza incarico espresse dai competenti organismi;
- non è consentito l'affidamento ai dirigenti a regime di impegno orario ridotto di incarichi di direzione di struttura semplice.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Scaduto il termine per la presentazione delle manifestazioni di interesse, l'U.O.C. Gestione ed Amministrazione Risorse Umane verifica la sussistenza dei requisiti di ammissibilità e trasmette la documentazione prodotta dai Dirigenti interessati al Direttore della struttura di appartenenza.

Il Direttore, di cui sopra, sulla base dei criteri di scelta sopra enunciati, formula proposta motivata al Direttore Generale.

Il Direttore Generale, valutata la proposta del Direttore di Dipartimento, comunica la propria decisione alla Struttura competente in materia di Personale ai fini dell'istruttoria volta alla formalizzazione del conferimento dell'incarico con atto del Direttore Generale.

Il conferimento dell'incarico dirigenziale si perfeziona con la sottoscrizione di specifico contratto produttivo di tutti gli effetti giuridici ed economici connessi all'incarico medesimo.

NORME FINALI

Informativa ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 196/2003 e ss. mm.:

si informano i partecipanti alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della presente procedura.

Per quanto non contemplato nel presente bando, si fa rinvio alle norme vigenti in materia.

Il presente bando sarà pubblicato e disponibile sul seguente sito web aziendale:

<http://ospedalimarchenord.it>

Per eventuali informazioni rivolgersi alla U.O.C. Gestione ed Amministrazione Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" – P.le Cinelli 4 – Pesaro, Tel. 0721/366210 – 366208 dalla ore 11,00 alle ore 13,00 di tutti i giorni feriali, escluso il sabato.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Maria Capalbo

Allegato n. 2

**Al Dirigente
U.O.C. Gestione ed Amministrazione Risorse Umane
Azienda Ospedaliera
"Ospedali Riuniti Marche Nord"
Piazzale Cinelli, 4
61121 – Pesaro**

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE

al conferimento dell'incarico triennale di Responsabile della Struttura Semplice _____
presso la

U.O. _____ e il Dipartimento _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a _____ il _____ ;
2. di essere residente a _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____ ;
3. di essere in possesso di un'anzianità di servizio di _____ anni nella disciplina oggetto dell'incarico e di aver superato positivamente la verifica prevista dall'art. 25 del CCNL 3.11.2005 per l'Area Dirigenza Medica e Veterinaria e Sanitaria/Professionale/Tecnica/Amministrativa;
4. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003 e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali;
5. di non essere stato condannato, anche con sentenza passata in giudicato, per reati contro la Pubblica Amministrazione (C.I. del titolo II del libro II del codice Penale), ai sensi dell'art.35 bis D.Lgs. 165/2001 e non incorre in nessuna delle cause di incompatibilità previste dal D.L.gs. n.39 _ 8/4/2013 (art.li 3-5-8-10-14).

Allega i seguenti documenti:

- **curriculum formativo e professionale, datato e firmato;**
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**
- **ulteriore documentazione prodotta**

_____ .

Distinti saluti.

Data, _____

Firma _____