

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 tenuto conto della determina n. 47/DG del 30/01/2017

SI INFORMA

che l'Azienda intende conferire il seguente incarico dirigenziale:

**RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE
"CHIRURGIA VASCOLARE"
PRESSO IL DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA**

REQUISITI

Il presente avviso è rivolto a tutti i Dirigenti Medici assegnati 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 e Veterinaria

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

I Dirigenti Medici 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 - 61121 Pesaro) all'attenzione del Direttore U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane, tramite utilizzo di posta elettronica certificata personale del candidato al seguente indirizzo di posta elettronica certificata ***aomarchenord@emarche.it***, 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

17 FEBBRAIO 2017

(quindicesimo giorno dopo la pubblicazione del presente avviso 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 Dipartimentale " Chirurgia Vascolare"*.

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 credano 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,
- valutazioni annuali dell'ultimo triennio e verifiche a scadenza incarico espresse dai competenti organismi.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

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

Il Direttore del Dipartimento, sulla base dei criteri di scelta sopra enunciati, sentiti i Direttori di Struttura Complessa di afferenza del Dipartimento stesso, 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://www.ospedalimarchenord.it>

Per eventuali informazioni rivolgersi alla U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" – Viale Trieste n. 391 – Pesaro, Tel. 0721/366210 – 366205, 366360- 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 Direttore
U.O.C. Gestione ed Amministrazione delle Risorse
Umane
Azienda Ospedaliera
"Ospedali Riuniti Marche Nord"
Piazzale Cinelli, 4
61121 – Pesaro**

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE

al conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale
presso 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;
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.

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 _____