

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE TITOLARE DEL DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE.

In esecuzione della deliberazione n. 347 del 11/06/2020, è indetto avviso interno, per il conferimento dell'incarico di direzione del Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche, riservato ai Direttori titolari delle Strutture Complesse aggregate al Dipartimento medesimo.

Gli interessati (Direttori titolari delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche) devono presentare domanda di partecipazione indirizzata alla Commissione Straordinaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, entro e non oltre il **15° giorno successivo** a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito web aziendale www.asp.cz.it – Sezione Concorsi e Avvisi, pena esclusione.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

La domanda di partecipazione deve essere inoltrata con una delle seguenti modalità:

- presentata direttamente, in orario di servizio, all'Ufficio Protocollo dell'U.O.C. Affari Generali dell'intestata Azienda, sito in Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro;
- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: ufficioconcorsi_gru@pec.asp.cz.it, la validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale. Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata. Si prega, inoltre di inviare la domanda e gli allegati in formato PDF, inserendo il tutto, ove possibile, in un unico file.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio ed ha validità per tutti, qualunque sia la modalità di inoltro della domanda di partecipazione.

La domanda di partecipazione, redatta su carta semplice, debitamente sottoscritta dagli interessati, deve essere corredata da:

- 1) Dettagliato Curriculum formativo e professionale, in formato europeo, redatto su carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, contenente tutte le informazioni relative ai titoli ritenuti utili ai fini della valutazione di che trattasi.
- 2) Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità (ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive contenute nel curriculum);
- 3) Ulteriore documentazione ritenuta utile dai candidati ai fini della valutazione comparata dei curricula in relazione alle competenze scientifiche e manageriali per il conferimento dell'incarico di direzione in argomento.

L'incarico, la cui durata è di tre anni, rinnovabile previo superamento positivo della valutazione del Collegio Tecnico, verrà conferito dalla Commissione Straordinaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, a seguito di valutazione comparata dei curricula prodotti dai direttori interessati, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia e dall'art. 4 del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali, approvato con deliberazione n. 330 del 01/06/2020, che espressamente prevede: "L'incarico di Direzione di Dipartimento avviene con provvedimento motivato del Direttore Generale, su

base prettamente fiduciaria, nell'ambito di una rosa composta da tre Direttori di strutture complesse aggregate al Dipartimento, con incarico di titolarità, preferibilmente a rapporto esclusivo e già in possesso dell'attestato di formazione manageriale obbligatoria prevista dall'art.16-*quinquies* del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., proposta e selezionata dal Comitato di Dipartimento, sulla base del *curriculum* scientifico, tenuto conto delle capacità gestionali con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate, delle capacità organizzative e gestionali dimostrate, delle esperienze e/o conoscenze, dei titoli culturali posseduti, di eventuali incarichi aggiuntivi ricoperti da ciascuno degli aspiranti, delle attitudini, della normativa in materia di rotazione degli incarichi.

Per la dirigenza dell'area sanità, l'acquisizione dei crediti formativi ECM da parte dei dirigenti interessati, con le scadenze previste dalle vigenti disposizioni, nell'ambito della formazione obbligatoria prevista dall'art. 51 del CCNL 2016/2018, è condizione necessaria per il conferimento dell'incarico.”.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, ovvero di non darvi corso in tutto o in parte, a seguito di eventuali variazioni delle esigenze organizzative dell'amministrazione, senza che gli interessati possano avanzare pretese o diritti di sorta.

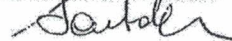
La partecipazione all'avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Ai sensi della normativa vigente, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per le finalità di gestione dell'avviso in argomento.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – P.O. Selezione e Reclutamento: Sig.ra Annamaria La Rosa – Viale Pio X (ex Villa Mater Dei) – 88100 Catanzaro - Telefono: 0961.7033493 – Fax: 0961.7033463 – Pec: ufficioconcorsi_gru@pec.asp.cz.it – sito web: www.asp.cz.it – Sezione Concorsi e Avvisi.

Catanzaro, lì _____.

Il Direttore f.f. U.O.C. GRU
Dott.ssa Sandra Matozzo



Allegato A
Modello di domanda:

Alla Commissione Straordinaria
A.S.P. di Catanzaro
Via Vinicio Cortese, 25
88100 CATANZARO

Il sottoscritto, _____, nato a _____
il _____ e residente in _____ (Prov. di _____) alla via
_____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di Direttore titolare del Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche, pubblicato sul sito web istituzionale – Sezione Concorsi e Avvisi il _____.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di:

- ♦ Essere nat _____ a _____ il _____;
- ♦ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ♦ Di essere in possesso dei requisiti di ammissione richiesti nel bando;
- ♦ Di essere Direttore titolare della S.C. _____;

_____ l _____ sottoscritt _____ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr _____ Via _____ n. _____
(CAP) _____ Telefono n. _____ PEC _____ MAIL _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

_____ l _____ sottoscritt _____ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato 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 D.P.R. n. 445/2000 e si obbliga a provarlo mediante la presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabilite dal bando.

_____ l/ _____ a sottoscritt _____ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto della vigente normativa in materia, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso.

_____ l _____ sottoscritt _____ allega alla presente domanda:

1. Curriculum formativo e professionale in formato europeo, in carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi del DPR n. 445/2000;
2. Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità;
3. Eventuali documenti e titoli, in unica copia, utili ai fini dell'avviso.

Data _____

Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____, nato a _____
(provincia _____) il _____, e residente in _____
(provincia _____), Via/piazza _____ n. _____, consapevole delle
responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiaro
quanto segue:

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia documento d'identità.