

**AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' PER IL DISTACCO DI PERSONALE,
DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DELL'ASP DI CATANZARO, PRESSO L'INPS.**

In ragione della Convenzione, siglata in data 29/12/2020, tra la Regione e l'INPS, per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, approvata con DCA n. 162/2021 ed in esecuzione della deliberazione n. 315 del 11/03/2021, è indetto avviso per manifestazione di disponibilità per il distacco di unità di personale dipendente a tempo indeterminato di questa ASP, presso l'INPS.

La procedura ha ad oggetto il distacco presso la relativa sede Inps, di personale che abbia la figura richiesta dall'accordo, come da tabella All. A alla Convenzione, ovvero del personale individuato giusto accordo tra l'INPS e l'ASP di Catanzaro del 16/02/2021:

LAMEZIA TERME:

- n. 1 Medico.

CATANZARO:

- n. 1 Infermiere Professionale;
- n. 2 Medici.

I dipendenti selezionati in esito al presente avviso svolgeranno la propria attività presso le sopra indicate sedi INPS per tutte le attività istituzionali, dal momento dell'assegnazione e fino al termine della convenzione fissata al 31/12/2021, fermo restando la permanenza dei rapporti giuridici ed economici con l'ASP di Catanzaro.

L'INPS si riserva la facoltà di effettuare appositi colloqui motivazionali del personale proposto per il distacco, allo scopo di concordare con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro i nominativi da utilizzare presso la propria struttura territoriale.

Non sarà autorizzato il distacco dei medici dipendenti che hanno fatto parte delle commissioni mediche integrate per l'accertamento dell'invalidità civile negli ultimi 3 anni, all'esercizio dell'attività di CTU nelle ipotesi di contenzioso giudiziario relativo agli accertamenti affidati in convenzione all'Istituto.

Il distacco di personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro presso la corrispondente struttura territoriale INPS è incompatibile in caso di condanne penali con sentenza passata in giudicato o di sanzioni disciplinari comminate negli ultimi cinque anni di servizio.

E' altresì causa di incompatibilità l'avere procedimenti penali in corso connessi all'esercizio dell'attività professionale o delle funzioni svolte.

L'INPS si riserva la facoltà di chiedere la sostituzione o la revoca del personale dipendente dell'ASP di Catanzaro in distacco.

Gli interessati devono produrre apposita domanda indirizzata alla Commissione Straordinaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – Via Vinicio Cortese n. 25 – 88100 Catanzaro, entro e non oltre il **5° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito web istituzionale [www.asp.cz.it/bandi/bandi di concorso/concorsi e avvisi](http://www.asp.cz.it/bandi/bandi%20di%20concorso/concorsi%20e%20avvisi)**.

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

La domanda 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: gru.iscrizione.concorsi@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 in un unico file. A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di sottoscrizione della domanda: sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da certificatore accreditato oppure sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione di un valido documento d'identità.

Resta fermo che l'inoltro della domanda tramite pec secondo le ai sensi di quanto previsto dall'art. 65, lett. c-bis, del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e smi e dalla circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'inoltro della domanda tramite pec secondo le modalità previste all'art. 38 del DPR n. 445/2000, considerato che l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di pec, è di per sé sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore di essa e a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Sarà cura del candidato verificare l'avvenuta consegna della domanda inviata tramite la verifica di ricezione delle ricevute di accettazione e consegna. L'Amministrazione non assume responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files trasmessi.

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:

- Dettagliato Curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Gli elementi del curriculum devono essere riportati in modo esaustivo, al fine di consentire adeguata valutazione in relazione alle attività da svolgere;
- Apposita dichiarazione, ai sensi del richiamato D.P.R. n. 445/2000, attestante:
 - di non aver fatto parte delle commissioni mediche integrate per l'accertamento dell'invalidità civile negli ultimi 3 anni, all'esercizio dell'attività di CTU nelle ipotesi di contenzioso giudiziario relativo agli accertamenti affidati in convenzione all'Istituto;
 - di non aver riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato o di sanzioni disciplinari comminate negli ultimi cinque anni di servizio;
 - di non avere procedimenti penali in corso connessi all'esercizio dell'attività professionale o delle funzioni svolte;
- Copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità (ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive).

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in qualunque momento, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa 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 relative alla presente avviso gli interessati potranno rivolgersi all'U.O. Gestione Risorse Umane – P.O. Gestione delle Procedure di Selezione e Reclutamento – Viale Pio X (ex Villa Mater Dei) – 88100 Catanzaro – Telefono e fax: 09617033493 o collegarsi al sito www.asp.cz.it/bandi/concorsi e avvisi, ove potranno reperire copia del presente bando e il modello della domanda di partecipazione.

Catanzaro, li _____.

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 alla procedura per manifestazione di disponibilità per il distacco di unità di personale dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Catanzaro presso l'INPS, pubblicato sul sito web istituzionale – Sezione Concorsi e Avvisi il _____.

In particolare manifesta il proprio interesse per essere distaccato presso (barrare la casella interessata):

sede di Lamezia Terme:

☐ n. 1 Medico

sede di Catanzaro:

☐ n. 1 Infermiere Professionale;

☐ n. 2 Medici.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità di:

- ♦ Essere nat ___ a _____ il _____;
- ♦ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ♦ Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASP di Catanzaro nel profilo professionale di _____;
- ♦ Di prestare servizio presso l'U.O. _____;

___l___ sottoscritt___ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr/Sig. _____ 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.

___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:

- Dettagliato Curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, datato, firmato e autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;

- Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 attestante:
 - di non aver fatto parte delle commissioni mediche integrate per l'accertamento dell'invalidità civile negli ultimi 3 anni, all'esercizio dell'attività di CTU nelle ipotesi di contenzioso giudiziario relativo agli accertamenti affidati in convenzione all'Istituto;
 - di non aver riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato o di sanzioni disciplinari comminate negli ultimi cinque anni di servizio;
 - di non avere procedimenti penali in corso connessi all'esercizio dell'attività professionale o delle funzioni svolte;
- Copia fotostatica del documento d'identità (ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive).

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.