ASLOlbia

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE

AVVISO INTERNO

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO

DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE DISTRETTUALE DENOMINATA

"SERVIZIO DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA

E PRESTAZIONI INTEGRATIVE E PROTESICHE"

AFFERENTE AL DISTRETTO DI OLBIA.

Al fine di provvedere al conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Distrettuale denominata "Servizio dell'Assistenza Riabilitativa e Prestazioni Integrative e Protesiche" afferente al Distretto di Olbia, viene pubblicato, ai sensi dell' art. 28 del CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e dell' art. 17 del vigente Atto Aziendale, il presente avviso interno:

1. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono avanzare la propria candidatura i Dirigenti Medici dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia che, alla data di scadenza del presente avviso, sono in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

a) rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
b) 5 anni di servizio a tempo indeterminato nella disciplina di Medicina Fisica e Riabilitazione (ovvero a tempo indeterminato e determinato purché il servizio in argomento sia stato prestato senza soluzione di continuità);
c) superamento con esito positivo delle apposite verifiche effettuate dal Collegio Tecnico.

2.MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI PARTECIPAZIONE:

I Dirigenti Medici aspiranti all'incarico devono inoltrare entro il 7° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell' Azienda www.aslolbia.it - sezione "concorsi e selezioni":

a) domanda debitamente sottoscritta (mediante la compilazione dell'allegato schema);
b) dettagliato curriculum formativo e professionale;
c) progetto di lavoro sulla "Presa in carico del paziente con bisogno riabilitativo: PDTA tra Ospedale e Territorio";
d) documento di riconoscimento in corso di validità.

La domanda e la documentazione ad essa allegata saranno ammesse esclusivamente secondo le seguenti modalità:

- la consegna diretta all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in via Bazzoni - Sircana 2 – 2A – OLBIA , negli orari di apertura dello stesso (dal Lunedì al Venerdì: 9.00 – 12.30; il Lunedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 17.00);

- la trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento da indirizzare alla ASL 2 Olbia, via Bazzoni – Sircana 2 – 2/A - 07026 Olbia. La busta chiusa che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura "**Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse per Responsabile del SARP".**

- invio all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: protocollo@pec.aslolbia.it.

Per le domande consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda farà fede il timbro apposto dall'ufficio stesso.

Le domande presentate a mezzo posta, inviate entro il termine di cui sopra, verranno prese in considerazione solo se perverranno all'ufficio protocollo di questa Azienda entro il quinto (5°) giorno successivo alla data di scadenza del termine di cui sopra. A tal fine farà fede il timbro apposto dall'Ufficio protocollo aziendale. Per quanto attiene la spedizione, verrà effettuata comunque la verifica del timbro apposto dall'Ufficio postale.

Per le domande presentate tramite PEC fa fede la data di invio. Le comunicazioni pervenute all'indirizzo P.E.C. dell'Azienda saranno opportunamente acquisite e trattate esclusivamente se provenienti da indirizzi di posta elettronica certificata. Eventuali comunicazioni provenienti da caselle di posta non certificate non saranno acquisite.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **perentorio**. Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura di che trattasi.

Qualora il termine fissato per la presentazione delle domande ricada in giorno festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno successivo non festivo.

L'amministrazione declina fin da ora ogni responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documenti dipendenti da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'amministrazione. La domande devono essere complete della documentazione richiesta. Scaduto il termine di presentazione delle domande, non è possibile alcuna integrazione.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o titoli è priva di effetti, e i documenti o i titoli, inviati successivamente alla scadenza del termine per la presentazione delle domande, non saranno presi in considerazione.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, **pena l'esclusione** dalla procedura. La sottoscrizione non necessita di autentica.
La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate.

3. MODALITA' DI SELEZIONE:

L'incarico di Responsabile di Struttura Semplice Distrettuale è conferito dal Commissario Straordinario, su proposta del Direttore del Distretto di Olbia, a dirigenti in possesso di tutti i requisiti di cui all'art. 1 del presente avviso - che abbiano favorevolmente superato le previste valutazioni periodiche - a seguito di apposita selezione basata sulla valutazione dell'esperienza professionale specifica del curriculum e di apposito progetto di lavoro sulla "Presa in carico del paziente con bisogno riabilitativo: PDTA tra Ospedale e Territorio";
Nel conferimento dell' incarico di che trattasi di norma verrà esaminato il programma di attività proposto dai canditati ed il relativo curriculum, tenendo altresì conto dei seguenti principi:

- delle caratteristiche della posizione da ricoprire;
- dell'area e disciplina di appartenenza;
- della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa;
- della capacità di governo e di sviluppo delle risorse professionali, della capacità di ottimizzazione d'uso delle risorse assegnate;
- della capacità di gestite i rapporti con le persone (utenti e loro prossimi, colleghi e collaboratori).

4. DURATA DELL'INCARICO:

L'incarico è conferito a tempo determinato ed ha una durata di tre anni con facoltà di rinnovo.
La durata dell' incarico è connessa alla sua natura. L'assegnazione dell' incarico non modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età. In tali casi la durata dell'incarico viene correlata al raggiungimento del predetto limite.

5. NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Il presente avviso è consultabile sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia www.aslolbia.it nella sezione "Concorsi e selezioni".
Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale della Asl 2 sito in via Bazzoni Sircana -2/2° - Olbia, dal Lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00 ai seguenti numeri telefonici: 0789/552.042 - 552.044 - 552.055 – 552.311.

(F.to)
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Paolo Tecleme

Data di pubblicazione sul sito dell' Azienda nella sezione "concorsi e selezioni" il: 27/10/2016

Scadenza presentazione delle domande il: 03/11/2016

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria Locale n° 2
Via Bazzoni Sircana 2 – 2A
07026 OLBIA

Il/ la sottoscritto/a_____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Distrettuale denominata ""Servizio dell'Assistenza Riabilitativa e Prestazioni Integrative e Protesiche", afferente al Distretto di Olbia.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità*:*

1. di essere nato a _____ il _____;
2. di essere residente in _____ via _____ n. ____;
3. di essere in possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione, ovvero:
    a. rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
    b. 5 anni di servizio a tempo indeterminato nella disciplina di Medicina Fisica e Riabilitazione dal _____

    ovvero

    5 anni di servizio nella disciplina di Medicina Fisica e Riabilitazione a tempo indeterminato e determinato poiché il servizio in argomento è stato prestato senza soluzione di continuità dal _____

    [cancellare le voci che non interessano];

    c. superamento con esito positivo delle apposite verifiche effettuate dal Collegio Tecnico.
4. di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando;

5. che ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica (se diverso da quello aziendale): _____

A tal fine, allega alla presente, i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato;
- Progetto di lavoro sulla"Presa in carico del paziente con bisogno riabilitativo: PDTA tra Ospedale e Territorio";
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità.

Data e luogo_____ Firma_____