



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

www.asl.novara.it

P.N.T. 29526/22

06/05/22

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA DI STRUTTURA COMPLESSA EX ART.18 COMMA 1 PAR. I) LETTERA C) CCNL 19/12/2019 AREA SANITA

E' indetta selezione interna per il conferimento del seguente incarico dirigenziale – ex art. 18 comma 1 par.I) lettera c) CCNL 19/12/2019 Area Sanità- di responsabile di:

Struttura semplice:	s.c. di afferenza:
Centro Unico per lo Screening Cervico-vaginale del Piemonte Orientale	ANATOMIA PATOLOGICA

REQUISITI DI ACCESSO

Possono partecipare alla selezione i dirigenti medici in servizio presso l'ASL NO che, alla data di scadenza del presente Avviso siano in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- a) essere titolari di rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- b) essere in servizio nella qualifica di : **Dirigente medico disciplina: Anatomia Patologica**
- c) essere in possesso di esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni maturata con rapporto di lavoro a tempo indeterminato (ovvero a tempo indeterminato e determinato con o senza soluzione di continuità) nella disciplina oggetto dell'incarico;
- d) aver superato con esito positivo le verifiche periodiche da parte del Collegio Tecnico.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

I dirigenti interessati al suddetto incarico dirigenziale dovranno presentare apposita domanda, in cui dichiarino – sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per il caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti – il possesso dei requisiti previsti.

La domanda, indirizzata al Direttore della struttura complessa, dovrà essere inviata all'Ufficio Protocollo dell'ASL NO, **entro e non oltre il giorno 16 maggio p.v.**

Alla domanda, redatta secondo lo schema esemplificativo allegato alla presente nota, devono essere allegati:

1. curriculum professionale, datato e firmato e reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 che dovrà contenere anche:



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO

Struttura competente: s.c. Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane

Direttore: Dr. Gianluca Corona

Tel 0321/374564



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara

Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519

www.asl.novara.it

- competenze, professionalità ed esperienza dell'interessato con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale;
- tipologia qualitativa e quantitativa dell'esperienza lavorativa;
- eventi di studio o di addestramento professionale;
- attività didattica;
- partecipazione a corsi, convegni e seminari;
- produzione scientifica, che dovrà essere prodotta in originale ovvero con dichiarazione di atto di notorietà ex art. 19 DPR 445/2000).

2. copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità.

Verrà effettuata una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali sulla base delle candidature pervenute e dei criteri sotto indicati previsti dall'art. 19 del CCNL 19/12/2019 Area Sanità tenuto conto:

- delle valutazioni del Collegio Tecnico ai sensi dell'art. 57 comma 2 (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti) del CCNL 19/12/2019 Area Sanità;
- dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;
- delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte dell'Organismo indipendente di Valutazione ai sensi dell'art.57, comma 4, (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti) del CCNL 19/12/2019 Area Sanità;
- del criterio della rotazione ove applicabile.

La procedura si intende conclusa con l'adozione, da parte del Direttore Generale, della deliberazione di affidamento dell'incarico.


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO

Struttura competente: s.c. Servizio Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane

Direttore: Dr. Gianluca Corona

Tel 0321/374564

(FAC SIMILE DOMANDA)

**AL DIRETTORE DELLA
S.C. ANATOMIA PATOLOGICA
Dott. Stefano Valentini**

Il/la sottoscritt _____

nato/a a _____ il _____ (prov. _____) residente
in _____ (prov. _____) Via _____ n. _____,
chiede l'affidamento dell'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura
complessa ex art. 18 comma 1 Par. I) lett.C) CCNL 19/12/2019 Area Sanità

- o "Centro Unico per lo Screening Cervico- vaginale del Piemonte Orientale"

affidente alla **s.c. Anatomia Patologica**

Dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere dipendente dell'ASL NO a tempo indeterminato con qualifica di _____ presso la struttura _____;
2. di aver maturato esperienza professionale dirigenziale nella qualifica richiesta non inferiore a 5 anni maturata con rapporto di lavoro a tempo indeterminato [ovvero a tempo indeterminato /determinato senza soluzione di continuità]
3. di aver superato con esito positivo le verifiche periodiche da parte del Collegio Tecnico;

Data _____

Firma _____

Allegato:

curriculum professionale, datato e firmato e reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000
fotocopia documento di riconoscimento.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara quanto segue:

Il Dichiarante

Data _____ **Firma** _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta, presentata o inviata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.