

In esecuzione della deliberazione n.334 del 16.07.2014 è indetto **avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità**, ai sensi dell'art. 20 del CCNL 98/01 della dirigenza medica e dell'art. 30 comma 2 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii, per la copertura di **n. 1 posto di dirigente medico di neurochirurgia**;

Requisiti di ammissione

Possono partecipare alla presente procedura di mobilità coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

- o essere dipendenti di AA.SS.LL. e/o AA.OO. del SSN con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con qualifica di dirigente medico nel profilo professionale di interesse e precisamente di neurochirurgia;
- o aver superato, alla scadenza del presente bando, il periodo di prova;
- o idoneità fisica all'esercizio delle funzioni proprie della qualifica di appartenenza senza limitazione e/o prescrizione alcuna;
- o iscrizione all'ordine professionale.

Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza stabilita dal presente bando per la presentazione delle domande di trasferimento. Le istanze di mobilità già presentate ed agli atti già in possesso di questa Azienda non saranno prese in considerazione.

Domande e termine di presentazione

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice secondo il fac - simile **allegato A)**, dovranno – a pena di esclusione – essere indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda e pervenire entro il 30° giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica; qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Il termine fissato per la presentazione della domanda e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è privo di effetto.

Le predette domande potranno pervenire con le seguenti modalità:

- direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda -Via della Croce Rossa n. 8 80122 Napoli - (dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,30), in plico chiuso sul quale devono essere indicati cognome, nome, domicilio del candidato e l'avviso al quale si intende partecipare;
- a mezzo servizio postale al seguente indirizzo: Azienda Ospedaliera Santobono – Pausilipon - Via della Croce Rossa n. 8 80122 Napoli -, con raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine indicato, in plico chiuso sul quale devono essere indicati cognome, nome, domicilio del candidato e l'avviso al quale si intende partecipare; a tal fine fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.
- a mezzo casella di posta elettronica certificata all'indirizzo PEC dell'Azienda santobonopausilipon@pec.it, avendo cura di allegare tutta la documentazione in formato pdf (in una cartella compressa formato zip) nominandola con "cognome.nome.zip" debitamente sottoscritta con le seguenti modalità: firma estesa e leggibile apposta in originale sui documenti da scansionare oppure firma digitale. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una propria casella di posta elettronica certificata; non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo PEC aziendale sopraindicato o ad altra diversa PEC aziendale. Il candidato dovrà comunque allegare copia di un documento valido di identità. Nell'oggetto della PEC dovranno essere indicati cognome e nome del candidato e l'avviso al quale si chiede di partecipare.

Eventuali cambiamenti del domicilio, recapito o indirizzo di casella di posta elettronica certificata dovranno essere debitamente comunicati con nota datata e sottoscritta; in mancanza non potranno essere mossi addebiti di sorta a carico dell'Azienda. L'Amministrazione, infatti, non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo

Nella domanda i candidati dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 76 del DPR n. 445/2000:

- Nome e cognome, data e luogo di nascita e residenza;
- Possesso dei requisiti specifici di partecipazione, ossia:
 - essere dipendente a tempo indeterminato quale dirigente medico di neurochirurgia, dal..... presso l'Azienda del SSN, con sede legale in
 - avvenuto superamento del periodo di prova;
 - iscrizione all'ordine professionale;
 - idoneità fisica all'esercizio delle funzioni proprie della qualifica;
 - eventuali condanne penali riportate.

Dovranno, altresì, indicare l'indirizzo al quale effettuare le necessarie comunicazione nonché il recapito telefonico.

L'omissione anche parziale di tali dichiarazioni e la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione comporta l'esclusione dall'avviso.

Il candidato deve, infine, esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del D.L.vo n. 196/03, per le finalità connesse al procedimento di cui trattasi.

Dichiarazioni sostitutive

Ai sensi dell'art. 15 della Legge 12.11.2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. Non potranno pertanto essere accettate certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni e da gestori di pubblici servizi, che - ove presentate - devono ritenersi nulle.

Le autocertificazioni di cui al DPR n. 445/2000, ossia le dichiarazioni sostitutive di certificazione (art. 46) e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (art. 47) devono contenere la clausola specifica che il candidato è consapevole che, in caso di falsità o dichiarazioni mendaci, incorre nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000, oltre a decadere, ai sensi del precedente art. 75, dai benefici conseguiti per effetto al provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere. L'Azienda si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dal candidato con le modalità e nei termini previsti dalle vigenti disposizioni. La sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive presentate contestualmente alla domanda o richiamate dalla stessa deve essere accompagnata da fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento.

Nelle autocertificazioni di servizio devono essere indicate le posizioni funzionali e le qualifiche rivestite, le discipline nelle quali i servizi sono stati prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/tempo parziale con percentuale), nonché le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività e deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR n. 761/79, come dal fac – simile **allegato B**). Non saranno presi in considerazione dichiarazioni generiche che non consentono una idonea conoscenza degli elementi necessari per l'ammissione.

Documentazione da allegare alla domanda

Alla domanda i candidati devono allegare:

- autocertificazione dei servizi prestati ai sensi del DPR n. 445/2000;
- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, autocertificato ai sensi del DPR n. 445/2000;
- eventuali titoli che ritengano opportuno presentare per la formulazione della graduatoria per la quale saranno tenute in debita considerazione documentate situazioni familiari (ricongiunzione al proprio nucleo familiare, familiari a carico, distanza tra sede di residenza e sede di lavoro, benefici L. 104/92);
- elenco, in carta semplice, dei documenti presentati.

Valutazione e graduatoria

Per la selezione e la formulazione della graduatoria sarà nominata dal Direttore Generale apposita Commissione che procederà alla valutazione dei candidati avendo riguardo alla seguente specifica esperienza e competenza:



suscettibili di trattamento in urgenza.

3. documentata conoscenza ed esperienza in neurochirurgia pediatrica.

La Commissione si avvarrà dei seguenti criteri selettivi:

- 50% del punteggio per la valutazione dei titoli, servizio e curriculum;
- 50% del punteggio per il colloquio.

I candidati saranno invitati a sostenere il colloquio tramite raccomandata A.R. con preavviso di almeno 15 giorni; la mancata presentazione verrà considerata rinuncia all'avviso di selezione.

Norme finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alla normativa vigente.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, annullare e/o revocare, modificare in tutto o in parte, a suo insindacabile giudizio, il presente bando qualora ne rilevasse la opportunità o la necessità, per ragioni di pubblico interesse, senza che i concorrenti possano avanzare pretese o diritti.

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei concorrenti l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.

Si precisa che l'effettiva assunzione in servizio è subordinata alla conferma da parte della struttura commissariale della deroga autorizzativa al blocco del turnover ai sensi dell'art 4 bis della Legge n. 189/2012 seconda annualità.

Il presente bando e successivamente la graduatoria approvata ad esito della selezione possono essere visionati sul sito web aziendale www.santobonopausilipon.it - sezione avvisi e concorsi.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Gestione Risorse Umane dell'A.O. Santobono – Pausilipon (Tel. 081- 2205303).

IL DIRETTORE GENERALE

D.ssa Anna Maria MINICUCCI

Al Direttore Generale A.O. Santobono – Pausilipon
Via della Croce Rossa, 8 - 80122 Napoli

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....:

Chiede

di partecipare all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico di Neurochirurgia bandito da codesta Azienda Ospedaliera e pubblicato sulla G.U. n. ____ del ____
Ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/00)

dichiara

- a) di essere nato/a a il e di risiedere inalla via tel
- b) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione, ossia:
- di essere dipendente a tempo indeterminato quale dirigente medico di dal..... presso l'Azienda del SSN, con sede legale in
 - di aver superato il periodo di prova;
 - di essere iscritto nell'ordine professionale didal.....;
 - di essere idoneo fisicamente all'esercizio delle funzioni proprie della qualifica di appartenenza;
 - di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le condanne riportate.....)

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo.....

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni e riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Esprime, inoltre, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.vo n. 196/03, per gli adempimenti connessi alla selezione.

Allega, infine, alla presente: certificazioni, curriculum formativo e professionale datato e firmato autocertificato ai sensi del DPR n. 445/2000 ed elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati.

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR n. 445/2000)

per i servizi prestati

Il/La sottoscritto/a nato a il
residente in alla via
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci e
falsità in atti,

dichiara

di aver prestato /di prestare i seguenti servizi:

- denominazione Ente

(indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)

profilo disciplina

- dipendente a tempo indeterminato/determinato dal al

☐ tempo pieno

☐ tempo definito

☐ tempo parziale (n° ore settimanali);

- con contratto libero professionale (n° ore settimanali.....) dal al

- denominazione Ente

(indicare se Ente Pubblico o istituto accreditato o istituto privato non accreditato)

profilo disciplina

- dipendente a tempo indeterminato/determinato dal al

☐ tempo pieno

☐ tempo definito

☐ tempo parziale (n° ore settimanali);

- con contratto libero professionale (n° ore settimanali.....) dal al

- con contratto libero professionale (n° ore settimanali.....) dal al

Dichiara, inoltre che per i suddetti servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 DPR n. 761/1979.

Allega fotocopia di documento di identità.

Luogo e data

Firma