

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D’ARAGONA” –
SALERNO – C.F. 95044230654**

Avviso di selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 2 incarichi ai sensi dell’art. 7 D.Lgs. 30/03/2001 n. 165 e succ. mod ed int., ognuno della durata di 1 anno, per la realizzazione del progetto regionale di “Farmacovigilanza attiva sull’uso dei farmaci biologici”, da assegnare a Laureati in Farmacia.

In esecuzione della delibera n. 918 del 06/11/2013, esecutiva ai sensi di legge, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria “S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona- Scuola Medica Salernitana” di Salerno ha indetto avviso di selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 2 incarichi ai sensi dell’art. 7 D.Lgs. 30/03/2001 n. 165 e succ. mod. ed int., ognuno della durata di 1 anno, per la realizzazione del progetto regionale di “Farmacovigilanza attiva sull’uso dei farmaci biologici”, da assegnare a Laureati in Farmacia.

REQUISITI da possedere all’atto della scadenza dei termini per la presentazione della domanda:
Possesso dei requisiti generali per l’accesso al pubblico impiego.

REQUISITI SPECIFICI:

- a) Laurea Specialistica in Farmacia;
- b) Specializzazione in Farmacia Ospedaliera;
- c) Iscrizione al relativo Ordine Professionale.

REQUISITI PREFERENZIALI:

Voto di Laurea e voto di Specializzazione

Esperienza di tirocinio pratico, debitamente documentato, effettuato c/o una Farmacia Ospedaliera;
Formazione e pubblicazioni, debitamente documentate, sulla farmacovigilanza.

I requisiti tutti devono essere posseduti alla data di scadenza per la presentazione delle istanze di partecipazione.

MODALITA’ e TERMINI:

Le domande di partecipazione, compilate secondo lo schema allegato, redatte su carta semplice e firmate (**pena esclusione**), dovranno essere inviate all’Ufficio Protocollo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona- Scuola Medica Salernitana”, Via S. Leonardo snc, 84131 Salerno, **entro e non oltre il 20° giorno dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania** del presente bando a mezzo:

- posta Raccomandata;
- posta Elettronica Certificata (PEC) all’indirizzo info.pec@sangiovannieruggi.it;
- consegna a mano all’Ufficio Protocollo dell’Azienda.

Il bando, con il relativo schema di domanda di partecipazione, sarà pubblicato, contestualmente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, sul sito web www.sangiovannieruggi.it nell’apposito link dedicato ai concorsi.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. La domanda si considera prodotta in tempo utile se spedita entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro postale dell’ufficio accettante. Il termine fissato per la presentazione della domanda e dei documenti è perentorio: l’eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti. L’Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell’indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Alla domanda, redatta su carta semplice, da formularsi secondo lo schema allegato al presente bando i concorrenti devono allegare tutte le certificazioni relative al possesso dei requisiti specifici nonché gli altri titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

Ai sensi dell'art. 15 della L. 138/2011, le certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni non possono essere prodotte agli organi della Pubblica Amministrazione o a privati gestori di pubblici servizi. Conseguentemente le P.A. non possono più chiederle né accettarle.

In relazione a quanto sopra il candidato potrà produrre, in luogo delle predette certificazioni, esclusivamente "dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di notorietà" di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive non necessitano dell'autenticazione se sottoscritte dall'interessato avanti al funzionario addetto ovvero inviate unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Si precisa a tal proposito che nelle certificazioni e nelle dichiarazioni devono essere indicati analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate e/o dichiarate.

Qualora i titoli inviati non saranno presentati in conformità alle prescrizioni stabilite non potranno essere oggetto di valutazione da parte della Commissione Esaminatrice.

VALUTAZIONE:

La selezione avverrà per titoli e colloquio da effettuarsi a cura di apposita Commissione Esaminatrice, all'uopo nominata con provvedimento del Direttore Generale, che disporrà, complessivamente, di 100 punti così ripartiti:

TITOLI punti 40

COLLOQUIO punti 60

La Commissione Esaminatrice, in via preliminare, stabilirà i criteri di valutazione dei titoli alla luce, anche dei requisiti preferenziali, nonché le modalità del colloquio.

Il colloquio tenderà ad accertare il possesso di acquisita specifica capacità ad operare per il raggiungimento dell'obiettivo indicato.

AMMISSIONE E CONVOCAZIONE CANDIDATI:

L'elenco dei candidati ammessi ed esclusi verrà pubblicato, sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera www.sangiovanrieruggi.it nell'apposito link dedicato ai concorsi. **La pubblicazione sul sito internet costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

Per i candidati ammessi sarà indicata, con successivo avviso, la data, l'ora ed il luogo di convocazione per sostenere il colloquio e le modalità di presentazione. **Tale pubblicazione sul sito internet, nell'apposito link dedicato ai concorsi, costituisce notifica a tutti gli effetti di legge.**

La mancata presenza, a qualsiasi titolo, nel luogo, nel giorno e nell'ora prefissata verrà considerata, ad ogni effetto, rinuncia alla procedura.

Qualora pervengano un numero di domande pari al numero degli incarichi da conferire, è facoltà dell'Azienda conferire direttamente gli stessi, previa visione della documentazione da parte del Supervisore del Progetto e parere favorevole al conferimento.

Ciascun incarico della durata di un anno, con un impegno non inferiore a 30 ore settimanali, sarà espletato presso la S.C. di Farmacia dell'A.O.U..

L'importo complessivo lordo per ciascun incarico è di € 20.760,00 e verrà erogato, in maniera frazionata con periodicità mensile posticipata, alla produzione della prevista documentazione fiscale e previa comunicazione autorizzativa al pagamento rilasciata dal Supervisore del Progetto, Dr.ssa G. M. Lombardi – Resp.le S.C. Farmacia, attestante l'avvenuto corretto svolgimento dell'attività.

Tale importo sarà erogato ad avvenuta rimessa da parte della Regione Campania del finanziamento dedicato.

A nessun titolo potranno essere attribuiti all'assegnatario, oltre all'importo stabilito, ulteriori compensi.

La graduatoria avrà validità 18 mesi dalla data di approvazione e potrà essere utilizzata attraverso lo scorrimento, nel caso in cui si renda disponibile per rinuncia o decadenza del vincitore o per altro motivo, assegnando, in toto o per il restante periodo, l'incarico ai candidati idonei utilmente collocati.

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 30/03/2001 n. 165 alla scadenza, non è ammesso il rinnovo, l'eventuale proroga dell'incarico originario è ammessa, in via eccezionale, al solo fine di completare il progetto e per i ritardi non imputabili al collaboratore, ferma restando la misura del compenso pattuito.

La decorrenza, le modalità, i tempi e le condizioni di erogazione delle prestazioni verranno fissati con separato atto di stipula del contratto.

Decade dal diritto al conferimento dell'incarico colui il quale, dopo aver accettato, non dia inizio, senza giustificato motivo, all'attività prevista entro il termine stabilito.

L'incarico non è cumulabile con stipendi o retribuzioni derivanti da rapporti di lavoro dipendente pubblico o privato.

Il Collaboratore ha l'onere di cessare l'incarico qualora instauri un rapporto di dipendenza, anche di tipo determinato full-time o part-time, con altro Ente Pubblico o privato successivamente al conferimento.

L'incarico è altresì incompatibile con la frequenza di corsi di dottorato di ricerca universitari con assegni.

L'azienda si riserva la facoltà di autorizzare, di volta in volta, con valutazione discrezionale e previo parere del Supervisore, l'esercizio di altra attività da parte del Collaboratore che deve presentare motivata istanza in tal senso.

Il conferimento dell'incarico non instaura alcun rapporto di impiego con l'Azienda Ospedaliero Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana" presso cui viene realizzato il progetto, non dà luogo a trattamento di fine rapporto né di anzianità né a diritto alcuno per la costituzione di un rapporto di lavoro.

Pertanto, sono a carico del Collaboratore tutti gli obblighi di natura fiscale, contributiva, previdenziale, assistenziale, assicurativa ed infortunistica, derivanti dallo stesso.

Il Collaboratore ha l'obbligo di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura del rischio infortuni e della responsabilità civile verso terzi, con validità per il periodo di vigenza dell'incarico.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare o modificare, in tutto od in parte, il presente avviso o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti e/o graduati possano sollevare eccezioni, diritti o pretese e senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli concorrenti, del relativo provvedimento.

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 i dati personali forniti dai candidati saranno trattati per le finalità di gestione dell'avviso e per il conferimento dell'incarico ovvero per la gestione dello stesso.

E' garantita la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, così come previsto dalla L. 125/91 e dagli artt. 35 e 57 D. Lgs. 165/01.

Le istanze pervenute o che perverranno prima della pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania non saranno prese in considerazione e saranno archiviate senza alcuna comunicazione agli interessati.

La presentazione della domanda di partecipazione costituisce, a tutti gli effetti, piena accettazione di tutte le condizioni previste dal presente avviso.

Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona- Scuola Medica Salernitana" di Salerno — S.C. Gestione delle Risorse Umane - Ufficio Concorsi — tel.089/672086 – fax 089 672192 dalle ore 11,30 alle ore 13,30 di tutti i giorni feriali escluso il Sabato.

IL DIRETTORE GENERALE
Prof. Dr. Elvira Lenzi

Schema domanda di ammissione

Sig. Direttore Generale
A.O.U. "S. Giovanni di Dio e Ruggi
d'Aragona-
Scuola Medica Salernitana"
Via S. Leonardo snc
84131 SALERNO

IL/LASOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare _____

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA (A)

1) di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

2) di essere residente a _____ (prov. _____) in Via _____

_____ n. _____  _____

 cellulare _____ e-mail _____

CAP. _____ LOCALITA' _____ (prov. _____)

3) ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

ovvero

☐ di essere cittadino del seguente paese dell'Unione Europea _____;

4) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

5) ☐ di non aver mai riportato condanne penali

ovvero

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali – e/o procedimenti penali in corso:

6) che la propria posizione nei riguardi degli obblighi di leva è la seguente _____
(solo per candidati di sesso maschile)

7) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione:

- Diploma di _____
 - Laurea in _____
 - di essere iscritto all'Albo/Ordine dei/gli _____
al n° _____ dal _____
 - Specializzazione in _____
- ai sensi del D. Lgs. 257/91 ☐ SI ☐ NO durata anni _____ conseguita in data _____
- Abilitazione all'esercizio professionale _____
 - Altro previsto da bando _____

8) ☐ di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

ovvero

☐ di aver prestato (o di prestare) servizio presso pubbliche Amministrazioni come da curriculum formativo e professionale allegato, e di non essere stato destituito/a, dispensato/a o licenziato/a dalla Pubblica Amministrazione (in caso positivo indicare le cause)

9) ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.vo n°196/03;
(si informa che i dati dichiarati sul presente modello sono strettamente correlati al procedimento amministrativo per cui sono stati prodotti e, pertanto, la loro mancata produzione impedisce l'avvio o la conclusione dello stesso)

10) ☐ di essere titolare di numero di Partita Iva n.;

ovvero

☐ di non essere titolare di Partita Iva disponibile ma di impegnarsi ad aprire la stessa in caso di conferimento dell'incarico;

11) ☐ di accettare senza riserve tutto quanto previsto nell'Avviso;

12) ☐ di essere consapevole che il conferimento dell'incarico non instaura alcun rapporto di lavoro;

13) ☐ che le dichiarazioni contenute nel **curriculum formativo e professionale allegato** sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n°445/00 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;

14) che il preciso recapito a cui devono essere inviate tutte le comunicazioni inerenti all'avviso è il seguente:

Via _____ n° _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____  _____

Il/la sottoscritto/a inoltre allega alla presente domanda il proprio curriculum formativo e professionale
(utilizzando esclusivamente il format allegato predisposto dall'Azienda), datato e firmato, l'elenco dei
documenti e titoli presentati e copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

DATA _____

* FIRMA _____

**(l'autentica della firma è sostituita dalla copia del documento di*

riconoscimento)

(A) Devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate. **NON
SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE CASELLE NON CONTRASSEGNAE.**

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN STAMPATELLO, FIRMATA E DATATA

Schema Curriculum**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

ALLEGATO A DOMANDA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

presenta il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione a:

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00,

DICHIARA**TITOLI DI CARRIERA**

- di aver prestato (o di prestare) servizio presso le seguenti Aziende Sanitarie :

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) servizio presso altre pubbliche amministrazioni (Ministeri, Enti Pubblici, Comune, Provincia, Regione ecc.....compreso eventuale Servizio Militare):

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso le seguenti Case di Cura convenzionate o accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

(oltre ai titoli specifici di ammissione richiesti dal bando)

- di possedere i seguenti titoli:

—
—
—

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

- di aver prodotto le pubblicazioni e/o titoli scientifici allegati alla presente domanda.

—
—
—

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso le seguenti Case di Cura non convenzionate o accreditate:

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

- di aver svolto (o di svolgere) i seguenti incarichi libero professionali /collaborazioni coordinate e continuative/borse di studio presso le seguenti Aziende Sanitarie o presso Strutture private:

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

- di aver prestato (o di prestare) i seguenti servizi presso privati:

denominazione Azienda	Tempo determinato/Temp o indeterminato	Qualifica	Periodo a tempo pieno		Periodo a tempo parziale		%
			dal	al	dal	al	

- di aver frequentato i seguenti corsi/convegni/seminari:

(indicare titolo, durata, con/senza esame finale, in qualità di relatore o uditore, ECM acquisiti)

—
—
—

- di aver svolto la seguente attività didattica:

(indicare Ente c/o il quale si è svolto, corso di studio, ore di insegnamento)

—
—
—

- di aver svolto la seguente ulteriore attività:

—
—
—

☐ il/la sottoscritto/a dichiara che i documenti eventualmente allegati, numerati dal n° 1 al n°..... sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28/12/00 n°445;

DATA _____

documento di riconoscimento)

FIRMA* _____

**(l'autentica della firma è sostituita dalla copia del*