

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI

Avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare.

In esecuzione della deliberazione n. 569 del 31 LUGLIO 2018 del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia viene indetto il seguente Avviso per l'assunzione a tempo indeterminato e conferimento incarico quinquennale, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve, di: DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA di CHIRURGIA VASCOLARE.

L'incarico di durata quinquennale, rinnovabile, viene conferito alle condizioni e norme previste dagli artt. da 15 a 15-quattordices del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, dal DPR 10 dicembre 1997 n. 484, dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189, dal Regolamento Regionale 3 dicembre 2013, N. 24, dai CC.CC.NN.LL. della Dirigenza Medica e Veterinaria vigenti.

DIRETTORE S.C. DI CHIRURGIA VASCOLARE

DEFINIZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE

Contesto organizzativo in cui si inserisce la struttura complessa

PROFILO OGGETTIVO

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia rappresenta il DEA di II livello Regionale nonché centro HUB per l'Area Nord Puglia, con un bacino d'utenza di circa 600.000 abitanti.

Nell' Azienda Ospedaliera sono presenti le seguenti Unità Operative Complesse di rilievo: Medicina Interna Ospedaliera ed Universitaria, Geriatria Ospedaliera, Nefrologia e Dialisi Universitaria, Anestesia e Rianimazione Universitaria, Cardiologia Universitaria con UTIC Centro Hub per IMA, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (UTIN di II Livello), Gastroenterologia Universitaria ed Ospedaliera, Medicina Fisica e Riabilitazione Universitaria, Endocrinologia Universitaria, Reumatologia Universitaria, Malattie Infettive Universitaria, Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera, Malattie Apparato Respiratorio Universitaria ed Ospedaliera, Pediatria Universitaria, Neurologia Ospedaliera con Centro Hub Stroke Unit, Neurologia Universitaria, Oculistica Universitaria, ORL Universitaria, Neurochirurgia Ospedaliera, Ginecologia e Ostetricia Ospedaliera ed Universitaria con Punto Nascita di II livello, Chirurgia Generale Ospedaliera con indirizzo d'urgenza, Chirurgia Generale Universitaria, Urologia Universitari Ortopedia e Traumatologia Universitaria ed Ospedaliera, Chirurgia Plastica Universitaria, Chirurgia Pediatrica Universitaria e Ospedaliera, Oncologia, Centro Antiveleni Area Nord Puglia, Laboratorio Analisi, SIMT, Anatomia Patologica Universitaria, Radiologia Universitaria, Radiologia con indirizzo d'urgenza USD.

Profilo soggettivo richiesto

- Comprovata esperienza, con ruoli di responsabilità, nella gestione di strutture semplici e/o complesse, con esiti positivi nell'uso delle risorse umane e materiali assegnate; sarà attribuito particolare valore alle esperienze maturate presso Aziende Ospedaliero-Universitarie, con erogazione di prestazioni caratterizzate da elevata complessità ed innovatività;
- Comprovata formazione gestionale con acquisizione e conoscenza dei modelli organizzativi necessari al management di Unità Operative di un'Azienda Ospedaliera Universitaria;
- Comprovata continuità di produzione scientifica nazionale ed internazionale (come primo, secondo o ultimo nome).
- Comprovata e pluriennale esperienza in Chirurgia Vascolare con predisposizione alla collaborazione ed integrazione multidisciplinare con le altre Specialità presenti in un'Azienda Ospedaliera Universitaria, sia sotto il profilo clinico che sotto il profilo scientifico;
- comprovata esperienza nell'attività di sala operatoria in qualità di primo operatore, con particolare

riferimento al possesso di adeguata casistica operatoria, dando evidenza alla chirurgia aortica, al sistema vascolare degli arti inferiori e dei tronchi sovraortici, sia per interventi in regime di elezione che di emergenza-urgenza, con conoscenza operativa e applicazione delle tecniche chirurgiche miniinvasive vascolari ed endovascolari

- capacità di analisi dei fabbisogni formativi con capacità di instaurare relazioni professionali costanti e strutturate sia in ambito ospedaliero che universitario
- comprovata attitudine alla collaborazione e integrazione multidisciplinare con le Specialità sanitarie presenti in una Azienda Ospedaliera Universitaria, anche con capacità di predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), relativamente alla chirurgia endovascolare, alla traumatologia vascolare, alla chirurgia degli accessi per emodialisi, alla chirurgia dei trapianti, al trattamento del piede diabetico e dello stroke di origine carotidea;
- comprovata capacità di ottimizzazione delle risorse in coerenza con gli obiettivi di budget assegnati e con adozione di appropriati setting per il trattamento chirurgico e non chirurgico applicando il modello di presa in carico sia dei pazienti esterni (linee di produzione ambulatoriale semplice e complessa) che dei pazienti interni (ricovero ordinario), seguendo i criteri dell'intensità di cura;
- buone capacità o attitudini relazionali per favorire la positiva soluzione dei conflitti e per facilitare la collaborazione tra le diverse professionalità presenti nell'Unità Operativa;
- stile di leadership orientato alla valorizzazione e allo sviluppo professionale dei collaboratori;
- attenzione e valorizzazione degli strumenti di informazione e coinvolgimento del paziente nei percorsi di cura e di follow-up.

Per la partecipazione all'Avviso i candidati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

REQUISITI GENERALI PER L'AMMISSIONE (previsti dall'art. 1 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483):

1) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;

Possono, altresì, partecipare al presente avviso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., le seguenti categorie di cittadini stranieri:

- i familiari di cittadini dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- i titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- i titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria

2) nessun limite di età è fissato per l'accesso al posto, a norma dell'art. 3 della Legge 15 maggio 1997, n. 127.

L'assegnazione dell'incarico non modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età. In tal caso la durata dell'incarico viene correlata al raggiungimento del predetto limite, ai sensi dell'art. 29, comma 3, del CCNL 8.6.2000 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria e dell'Area della Dirigenza SPTA.

L'assegnazione dell'incarico non modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età. In tal caso la durata dell'incarico viene correlata al raggiungimento del predetto limite, ai sensi dell'art. 29, comma 3, del CCNL 8.6.2000 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

3) Idoneità alla mansione specifica della posizione funzionale; l'accertamento di tale requisito - con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette - è effettuato, a cura dell'Azienda, attraverso la visita preventiva preassuntiva prima dell'immissione in servizio ai sensi dell'art. 41, comma 2 del D. Lgs 9.4.2008 n. 81 modificato dall'art. 26 del D. Lgs 3.8.2009 n. 106.

4) godimento dei diritti civili e politici; non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo; i cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;

- 5) non essere stati licenziati/dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati di invalidità non sanabile.

REQUISITI SPECIFICI PER L'AMMISSIONE (previsti dall'art. 5 del D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484):

- a) iscrizione all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici/Biologi/Chimici. L'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- b) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina;
- c) curriculum attestante una specifica attività professionale ed adeguata esperienza nonché le attività di studio e direzionali -organizzative;
- d) attestato di formazione manageriale di cui all'art. 5, comma 1, lett. D, del D.P.R. n. 484/1997. Fino all'espletamento del primo corso di formazione manageriale l'incarico è attribuito senza l'attestato, fermo restando l'obbligo di acquisire l'attestato nel primo corso utile. Il mancato superamento del primo corso di formazione, attivato successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente Bando per la presentazione delle domande di ammissione all'Avviso. Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione alla procedura dell'Avviso stesso. L'anzianità di servizio deve essere maturata secondo le disposizioni contenute nell'art. 10 del già citato D.P.R. 484/1997 e nel D.M. Sanità 23 marzo 2000 n. 184. Per quanto attinente il servizio prestato all'estero si fa riferimento dell'art. 13 del suddetto D.P.R. 484/1997.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 1, del D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487, per essere ammessi a partecipare alla procedura selettiva gli aspiranti devono inoltrare, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento tramite il servizio postale, all'Azienda Ospedaliera " Ospedale Riuniti " - Viale Pinto - 71122 Foggia, entro e non oltre il 30° giorno a decorrere dal giorno successivo a quello della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – IV serie speciale "Concorsi ed Esami", apposita domanda in carta semplice con i relativi allegati.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

I titolari di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) possono inviare la domanda di partecipazione tramite PEC, alla casella di posta elettronica certificata:

protocollo.ospriunitifg@pec.rupar.puglia.it

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del DPCM n. 38524 del 6.05.2009, per i cittadini che utilizzano il servizio di PEC, l'indirizzo valido ad ogni effetto giuridico, ai fini dei rapporti con le pubbliche amministrazioni, è quello espressamente rilasciato ai sensi dell'art. 2, comma 1, dello stesso DPCM.

Inoltre la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 11 febbraio 2005, n. 68.

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'inoltro tramite posta elettronica certificata secondo le suddette modalità, 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.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile se spedite entro il termine indicato, certificato dal timbro

a data dell'Ufficio Postale accettante, nonché dalla data di invio della mail nel caso di utilizzo del supporto informatico.

Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, per le ipotesi e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) il cognome, il nome e il codice fiscale;
- 2) la data, il luogo di nascita nonché la residenza;
- 3) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 4) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 5) le eventuali condanne penali riportate e i procedimenti penali pendenti; in caso negativo dovrà esserne dichiarata espressamente l'assenza;
- 6) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- 7) i titoli di studio posseduti (con indicazione della data della sede e denominazione dell'Istituto presso cui gli stessi sono stati conseguiti);
- 8) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- 9) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego, ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- 10) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione, in caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto 2);
- 11) il diritto alla applicazione dell'art. 20 della legge 5 febbraio 1992 n. 104, in materia di handicap;
- 12) il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura concorsuale ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196;
- 13) la firma in calce alla domanda non va autenticata.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Sui documenti che necessitano di sottoscrizione, la firma deve essere posta in originale ed in modo esteso e leggibile a pena di esclusione. Ai sensi dell'art. 15, comma 1, della Legge 183/2011 le Pubbliche Amministrazioni non possono più accettare né richiedere certificati in ordine a stati, qualità personali, fatti ed all'attività svolta presso Pubbliche Amministrazioni. Pertanto le dichiarazioni in ordine a stati, qualità personali, fatti e attività prestate presso strutture pubbliche dovranno essere attestate esclusivamente mediante dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà in originale. I candidati dovranno presentare i certificati in originale o fotocopia dichiarata conforme all'originale, per tutte le attività (lavoro, formazione, ecc.) svolte presso strutture private.

Dovrà essere allegata alla domanda - in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000 - la seguente documentazione che non può essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- a) la tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;
- b) la tipologia e la quantità delle prestazioni effettuate dal candidato;
- c) le casistiche che devono essere riferite al decennio precedente rispetto alla data di pubblicazione dell'avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale e devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente Dipartimento o Unità Operativa di appartenenza;
- d) le pubblicazioni edite a stampa, di cui il candidato è autore o coautore, ritenute più significative;

Inoltre, dovrà essere allegata:

- copia fotostatica, fronte retro, di un documento di identità in corso di validità;
- un elenco, in duplice copia e in carta semplice, dei documenti presentati, datato e firmato.

Infine, dovranno essere allegata alla domanda le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà con firma estesa, leggibile ed in originale attestanti:

- a) il possesso della anzianità di servizio e della specializzazione, secondo i criteri previsti al punto b) requisiti specifici per l'ammissione;

- b) l'iscrizione all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici/Biologi/Chimici.
- c) il curriculum formativo e professionale, in carta semplice, datato, firmato, redatto in forma di autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e seguendo la forma ed i contenuti indicati nell'allegato modello (NB tale modello, unitamente al bando, sarà disponibile, ad avvenuta pubblicazione del bando stesso per estratto nella Gazzetta Ufficiale, sul sito internet dell'azienda).
- d) la posizione funzionale nelle strutture e le competenze con indicazione degli specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione. Non devono essere in alcun modo presentati certificati relativi ai succitati punti a) e b) (anzianità di servizio e iscrizione all'Albo) e la mancata presentazione di puntuale e dettagliata autocertificazione dei documenti riferiti ai predetti punti costituisce motivo di esclusione dalla partecipazione all'Avviso. I candidati potranno presentare tutte le autocertificazioni (se relative ad attività presso Pubblica Amministrazione) ovvero titoli e documenti (se relativi ad attività presso privati) che ritengano opportune ai fini della valutazione del curriculum formativo e professionale; i documenti presentati oltre il termine di scadenza del presente Avviso non potranno essere presi in considerazione. Qualora dal controllo delle dichiarazioni effettuate emerga la non veridicità del contenuto delle stesse, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente (artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000). Le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive di notorietà vanno formalizzate esclusivamente secondo i facsimili allegati debitamente compilati in modo da permettere all'Azienda la verifica di quanto dichiarato, allegando un documento in corso di validità.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

La Commissione di selezione è nominata dal Direttore Generale, con le modalità ed i criteri previsti dall'art. 15-ter del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., dal D.L. 158 del 13.09.2012 convertito con L. 189 del 8.11.2012 nonché dal Regolamento Regionale 3 dicembre 2013, N. 24. Le operazioni di sorteggio dei componenti della commissione esaminatrice sono pubbliche. La data ed il luogo del sorteggio verranno pubblicati sul sito internet aziendale. Qualora i titolari e/o i supplenti estratti rinuncino alla nomina o se ne sia verificata l'impossibilità a far parte della Commissione, sarà effettuato un nuovo sorteggio con le medesime modalità.

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

La Commissione esaminatrice provvederà all'analisi comparativa dei curricula dei candidati ed a un colloquio con gli stessi e formulerà, quindi, una terna di candidati idonei sulla base dei migliori punteggi attribuiti.

La Commissione dispone complessivamente di 80 punti, 50 dei quali relativi al curriculum e 30 al colloquio. La valutazione del curriculum professionale avviene con riferimento:

- a. alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime (massimo punti 5);
- b. alla posizione funzionale del candidato nelle strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione, ruoli di responsabilità rivestiti, lo scenario organizzativo in cui ha operato il dirigente ed i particolari risultati ottenuti nelle esperienze professionali precedenti (massimo punti 15);
- c. alla tipologia ed alla quantità delle prestazioni effettuate dal candidato anche con riguardo all'attività/casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità. Le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale e devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base delle attestazioni del Direttore del competente Dipartimento o Unità Operativa di appartenenza (massimo punti 12);
- d. ai soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori (massimo punti 2);
- e. alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario (massimo punti 5);

- f. partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, in qualità di docente o di relatore (massimo punti 3);
- g. alla produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica (massimo punti 5);
- h. continuità e rilevanza svolta nel corso dei precedenti incarichi (massimo punti 3);

Il colloquio è diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate, nonché all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative e di direzione del medesimo con riferimento all'incarico da svolgere.

La commissione dovrà tenere conto della chiarezza espositiva, della correttezza delle risposte, dell'uso del linguaggio scientifico appropriato, della capacità di collegamento con altre patologie o discipline o specialità per la migliore risoluzione dei quesiti anche dal punto di vista dell'efficacia e dell'economicità degli interventi. Il colloquio è altresì diretto a testare la visione e l'originalità delle proposte sull'organizzazione della struttura complessa, nonché l'attitudine all'innovazione ai fini del miglioramento dell'organizzazione e della soddisfazione degli stakeholders della struttura stessa.

Il Segretario della Commissione, prima dell'inizio del colloquio procede al riconoscimento dei candidati mediante esibizione di un documento personale di identità. La data e la sede verranno comunicate ai candidati con lettera raccomandata con avviso di ricevimento non meno di quindici giorni prima del giorno fissato per la convocazione. I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio nel giorno, nell'ora e nella sede stabilita, saranno dichiarati rinunciatari all'Avviso, qualunque sia la causa dell'assenza anche se non dipendente dalla volontà dei singoli concorrenti. Si fa riserva, qualora i candidati selezionati siano meno di tre, informato il Collegio di Direzione, di ripetere la procedura di selezione.

TRASPARENZA

Il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della Commissione sono pubblicati prima della nomina sul sito internet dell'Azienda alla voce "Amministrazione Trasparente". Sono altresì pubblicate sul medesimo sito la nomina della Commissione Esaminatrice e le motivazioni della scelta da parte del Direttore Generale.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D. L.vo 30.06.2003 n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda, per le finalità di gestione dell'avviso e saranno trattati presso una banca dati, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il candidato da nominare sarà individuato dal Direttore Generale nell'ambito della terna proposta dalla Commissione; l'individuazione potrà riguardare, sulla base di analitica motivazione della decisione, anche uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio. Il candidato al quale verrà conferito l'incarico sarà invitato a produrre, nel termine di giorni 30 dalla data di comunicazione e sotto pena di decadenza, i documenti comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per il conferimento dell'incarico.

Ai sensi dell'art. 15, c. 7-ter del D.Lgs. 502/92, "l'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei mesi a decorrere dalla data di nomina di detto incarico sulla base della valutazione di cui al comma 5".

L'incarico avrà durata pari a cinque anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. Esso potrà essere rinnovato secondo le modalità previste dall'art. 15-ter del Decreto Legislativo 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni.

L'assegnatario dell'incarico assicurerà la propria presenza in servizio per garantire il normale funzionamento della struttura cui è preposto ed organizza il proprio tempo di lavoro, articolandolo in modo flessibile per correlarlo a quello degli altri dirigenti, per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e

programmi annuali da realizzare in attuazione di quanto previsto dall'art. 65, comma 4 del CCNL 5 dicembre 1996 nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata.

All'assegnatario dell'incarico sarà corrisposto il trattamento economico stabilito dai vigenti CCNL dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

L'assegnatario dell'incarico sarà sottoposto alle verifiche previste dai commi 5 e 6 dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dal CCNL 3.11.2005 e dal Regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 106 del 25.1.2007. L'incarico è revocato, secondo le procedure previste dalle disposizioni del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e dei contratti collettivi di lavoro, nei casi di: inosservanza delle direttive impartite dal Direttore Generale, mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, responsabilità grave e reiterata, in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro.

Nei casi di maggiore gravità, il Direttore Generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del Codice Civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

DISPOSIZIONI VARIE

L'Azienda intende avvalersi della possibilità di utilizzare gli esiti della presente procedura nel corso dei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente a cui verrà attribuito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, conferendo l'incarico stesso ad uno dei due professionisti compresi nella terna iniziale.

Per quanto non previsto si fa riferimento alla normativa in materia di cui al Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i., al DPR 10 dicembre 1997 n. 484, alla Legge 8 novembre 2012 n. 189 e dalla D.G.R. n. 343/2013. Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei concorrenti l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni in esso contenute, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende Sanitarie.

L'assunzione presso questa Azienda resta comunque subordinata alla concessione delle necessarie deroghe da parte della Regione Puglia in ordine al divieto di assunzione a tempo indeterminato.

L'Azienda si riserva comunque la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente Avviso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o per disposizioni di legge. L'accesso agli atti è consentito ai sensi della Legge 241/1990 e secondo le modalità del vigente regolamento aziendale.

Il termine di conclusione della procedura è fissato in 8 mesi dalla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Area Politiche del Personale (dott. Massimo Scarlato, telefono 0881.732319, ovvero dott. Luigi Granieri, telefono 0881.733705 - fax n. 0881.732390) dalle ore 9,00 alle ore 12,00, sabato e domenica esclusi.

Il testo integrale del presente bando è disponibile anche sul sito internet aziendale: <http://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia> – Amministrazione Trasparente - Sezione Bandi di concorso.

Il Direttore Generale
Vitangelo Dattoli

ALLEGATO (A)**FACSIMILE DI DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO**
(Il presente fac-simile non è utilizzabile per la presentazione della domanda)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria
"Ospedali Riuniti"
V.le Pinto
71122 FOGGIA

Il sottoscritto _____ chiede di essere ammesso all'Avviso Pubblico, per l'attribuzione di un incarico quinquennale di Dirigente Medico Direttore di Struttura Complessa di _____, indetto da codesta Amministrazione con bando n. ____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi e di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nato a _____ il _____;
- b) di essere residente a _____ Via _____ n. _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____; ⁽¹⁾
- d) codice fiscale _____;
- e) di essere / non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____; ⁽²⁾
- f) di avere / non avere riportato condanne penali; ⁽³⁾
- g) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
_____ conseguito in data _____ presso l'Istituto
_____ Comune _____ Prov. _____;
- h) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
- i) di avere / non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni _____; ⁽⁴⁾
- j) di avere/non avere diritto alla applicazione dell'art. 20 della legge 5.2.1992 n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; ⁽⁷⁾
- k) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione del presente concorso, ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196;
- l) di aver preso visione del bando di avviso e di accettare, senza riserva alcuna, le condizioni contenute nello stesso.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:
Sig. _____

Via _____ n. _____

C.a.p. _____ città _____ Provincia _____

tel. _____ tel. cell. _____

Data _____

firma estesa e leggibile ⁽⁶⁾

(ai sensi dell'art. 39 DPR 445/2000, la firma non è soggetta ad autenticazione)

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

-
- (1) indicare cittadinanza italiana ovvero indicare le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
 - (2) In caso positivo, specificare quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
 - (3) In caso affermativo specificare quali;
 - (4) In caso affermativo, specificare la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione;
 - (5) Indicare l'ausilio necessario in relazione all'handicap nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi;
 - (6) a pena di esclusione.

ALLEGATO (B)**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE****(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto _____ nato nel Comune di _____, il _____ e residente nel Comune di _____, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA

- Di essere in possesso del titolo di studio _____ conseguito presso l'Istituto _____ comune _____ prov. _____ in data _____.
- Di essere in possesso del Diploma Universitario di _____ conseguito presso la Facoltà di _____ dell'Università degli studi di _____ in data _____
- Di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso la Facoltà di _____ dell'Università degli studi di _____ in data _____
- Di essere in possesso della Laurea Specialistica in _____ conseguita presso la Facoltà di _____ dell'Università degli studi di _____ in data _____
- Di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita presso la Facoltà di _____ dell'Università degli studi di _____ in data _____ (specificare se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D. L.vo 8 agosto 1991 n. 257)
- Di essere iscritto presso Albo/Ordine di _____ della Provincia di _____ dalla data _____ con il numero _____

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)

ALLEGATO (C)**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'****(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto _____ nato nel Comune di _____, il _____ e residente nel Comune di _____, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA

che le allegate copie dei sottoelencati documenti, sono conformi agli originali in Suo possesso:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)

ALLEGATO (D)**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

per i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni

Il sottoscritto _____ nato nel Comune di _____, il _____ e residente nel Comune di _____, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA di

- **Prestare / Aver prestato servizio alle dipendenze**

.....

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di

- Nella disciplina di

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... a tutt'oggi
 Fine periodo/...../.....

Tempo pieno; Tempo parziale (n. ____ ore settimanali)

- Denominazione (eventuale) conferimento incarico dirigenziale "....."
dal..... al

- Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
- Tempo determinato;
- A tempo unico;
- A tempo definito;
- Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);
- Collaborazione Coordinata e Continuativa;
- Borsa di Studio;

Altro

Eventuale aspettativa senza assegni dalal; dal al

(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

Tutte le informazioni sopra elencate devono essere rese per ciascun servizio prestato presso la stessa / diversa Amministrazione Pubblica.

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)

ALLEGATO (E)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

(solo per attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini ecc. presso Pubbliche Amministrazioni)

Il sottoscritto _____ nato nel Comune di _____,
 il _____ e residente nel Comune di _____, consapevole
 delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal
 provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico
 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA DI

- **Aver svolto la seguente attività**presso la
- **Struttura/Ente:**
- **Indirizzo completo**
- **Periodo (giorno/mese/anno) inizio**/...../..... **fine**/...../.....
- **Per un totale complessivo di ore**

- **Aver svolto la seguente attività**presso la
- **Struttura/Ente:**
- **Indirizzo completo**
- **Periodo (giorno/mese/anno) inizio**/...../..... **fine**/...../.....
- **Per un totale complessivo di ore**

(Nel caso di attività didattica indicare la materia di insegnamento e/o l'argomento).

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati
 esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per
 l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)

ALLEGATO (F)**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

(solo per iniziative di aggiornamento e di formazione presso Pubbliche Amministrazioni)

Il sottoscritto _____ nato nel Comune di _____, il _____ e residente nel Comune di _____, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA

di aver partecipato alle seguenti iniziative di aggiornamento e formazione:

1	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____				
2	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____				
3	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				dove si è svolto (località):		
sul tema:.....				con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
periodo: dal _____ al _____		per complessive giornate n. _____				

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. Lvo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(relativa ai servizi prestati presso pubbliche Amministrazioni ed Aziende, Enti ed Irccs del S.S.N.)

(Art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, N. 445)

Il/La sottoscritt_____ nat_ a _____ il _____
 _____ e residente nel Comune di _____, consapevole delle responsabilità penali
 per dichiarazioni non rispondenti a verità e della conseguente decadenza dai benefici derivanti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non
 verificata, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (teso unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
 amministrativa)

DICHIARA di

A. Prestare/Aver prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato alle dipendenze

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato
---------------	-----------	------------	--	--	---	--	--

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato
---------------	-----------	------------	--	--	---	--	--

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato
Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a determinato <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> tempo
---------------	-----------	------------	---	--	---	--

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> A indeterminato <input type="checkbox"/> a determinato <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> tempo
---------------	-----------	------------	---	--	---	--

B. Prestare/Aver prestato servizio a titolo diverso dal rapporto di lavoro subordinato

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> con contratto libero-professionale (ex art. 7 D.Lgs. 165/2001) <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Borsa di studio
---------------	-----------	------------	---	--	---	--

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. Ore/sett. _____)	Denominazione e tipologia incarico _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> con contratto libero-professionale (ex art. 7 D.Lgs. 165/2001) <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Borsa di studio
---------------	-----------	------------	---	--	---	--

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. _____) Ore/sett. _____	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> con contratto libero-professionale (ex art. 7 D.Lgs. 165/2001) <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Borsa di studio
---------------	-----------	------------	--	--	---	--

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. _____) Ore/sett. _____	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> con contratto libero-professionale (ex art. 7 D.Lgs. 165/2001) <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Borsa di studio
---------------	-----------	------------	--	--	---	--

Azienda /Ente	Qualifica	Disciplina	Periodo dal _____ <input type="checkbox"/> ad oggi <input type="checkbox"/> sino al _____	Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale (n. _____) Ore/sett. _____	Denominazione e tipologia incarico _____ _____ Dal _____ Al _____	<input type="checkbox"/> con contratto libero-professionale (ex art. 7 D.Lgs. 165/2001) <input type="checkbox"/> Collaborazione coordinata e continuativa <input type="checkbox"/> Borsa di studio
---------------	-----------	------------	--	--	---	--

(Nel caso di dichiarazioni di servizio indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio).

Tutte le informazioni sopra elencate devono essere rese per ciascun servizio prestato presso la stessa / diversa Amministrazione Pubblica.

Dichiara inoltre di essere informato – ai sensi del D. L.vo 30 giugno 2003 n. 196 – che i dati personali suindicati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione del trattamento economico, per la posizione previdenziale, assicurativa ed assistenziale e comunque per l'amministrazione degli affari interni.

A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____

IL DICHIARANTE

(firma estesa e leggibile a pena di esclusione)