

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO RIUNITI FOGGIA

Avviso pubblico per titoli e colloquio per eventuali incarichi a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – appartenente al profilo professionale di “Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico della Perfusione Cardiovascolare” cat. “D”.

In esecuzione della D.D.G. n.116 del 03/08/2021, è indetto Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per eventuali incarichi a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – appartenente al profilo professionale di “COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DELLA PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE” cat. “D”;

I requisiti per l’ammissione e la procedura concorsuale sono quelli previsti dal D.P.R. n.27/03/2001, n.220 e della L.R.09/08/2006, n.26.

Possono partecipare al concorso coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

REQUISITI GENERALI:

- a)- cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
- b)- idoneità fisica all’impiego e all’esercizio delle funzioni specifiche:
 - l’accertamento della idoneità fisica all’impiego con l’osservanza delle norme in tema di categorie protette è effettuato, a cura dell’Azienda Ospedaliera, prima dell’immissione in servizio;

REQUISITI SPECIFICI:

- 1) Laurea in Scienze delle Professioni Sanitarie- Tecnico della Perfusione Cardiovascolare;
- 2) Diploma Universitario, conseguito ai sensi dell’art. 6 comma 3 del D. Lgs. 30/12/1992, n. 552 e successive modificazioni ovvero diplomi ed attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell’accesso ai pubblici uffici e dell’esercizio dell’attività professionale corrispondente al profilo professionale a cui si intende concorrere dell’esercizio dell’attività professionale e dell’accesso ai pubblici uffici.
- 3) Iscrizione all’Albo Professionale. L’iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell’Unione Europea, ove prevista, fermo restando l’obbligo dell’iscrizione all’Albo in Italia prima dell’assunzione in servizio.

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall’elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l’impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande di ammissione.

MODALITA’ E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Gli aspiranti devono inoltrare **mezzo pecal** Policlinico Azienda Ospedaliera “Ospedale Riuniti” - Viale Pinto - 71100 Foggia, entro e non oltre il 15^a giorno a decorrere dal giorno successivo a quello della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, apposita domanda in carta semplice con i relativi allegati.

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

La domanda di partecipazione va inviata tramite PEC, alla casella di posta elettronica certificata: **protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it**. Si precisa, al riguardo, che la documentazione inviata all’indirizzo PEC indicato dovrà pervenire **unicamente in formato PDF/A** come per legge. Formati differenti da quello indicato (PDF/A) non potranno essere protocollati dal sistema e verranno respinti.

Tutta la documentazione dovrà essere contenuta in un unico file.

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 dalla data di invio della mail nel caso di utilizzo del supporto informatico.

MODALITA' DI FORMULAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Per l'ammissione i candidati devono indicare:

- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- i servizi prestati come impiegati presso pubbliche Amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

I candidati devono, altresì, esprimere nella stessa domanda il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. 30/06/2003, n.196.

Nella domanda di ammissione all'Avviso l'aspirante deve indicare **l'indirizzo pec** presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta ogni necessaria comunicazione ed impegnarsi a comunicare ogni eventuale variazione.

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato. Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione.

L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure dalla mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda né per eventuali disguidi postali o telegrafici o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

I dati acquisiti con la presentazione della domanda e della documentazione allegata alla stessa saranno trattati nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari per le finalità relative all'accertamento dei requisiti di ammissione e per la valutazione di merito, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.483/1997.

Per la partecipazione al concorso dovrà essere effettuato un versamento, **non rimborsabile**, della tassa di concorso di € 20,00, indicando come causale del versamento: "Tassa concorso pubblico – C.P.S. Tecnico della Perfusione Cardiovascolare.

Il pagamento deve essere effettuato mediante bollettino di c/c postale n. 639716 intestato all'Azienda Ospedaliero Universitaria "OO.RR." di Foggia.

La tassa di concorso dovrà essere pagata entro e non oltre i termini di scadenza del presente bando, pena esclusione dalla predetta procedura.

La ricevuta comprovante il versamento nei termini dovrà essere allegata alla domanda di partecipazione.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 40 e seguenti del D.P.R. 445/2000, così come integrati dall'art. 15 della Legge 12 novembre 2011, n. 183, non possono essere allegate alla domanda di partecipazione tutte le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti;

In caso di presentazioni di dette certificazioni, le stesse non verranno prese in considerazione.

Le attestazioni rientranti nella fattispecie sopra descritta, dovranno essere prodotte dai candidati sotto forma di dichiarazione di responsabilità resa ai sensi degli artt. **artt. 46 (All. 3 – Dichiarazione sostitutiva di certificazione) e 47 (All. 4 – Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445** e contenere tutti gli elementi utili sia ai fini dell'ammissione alla seguente procedura, sia ai fini della valutazione dei titoli a cui attribuire i relativi punteggi.

È consentito, altresì, allegare, nelle forme previste dalla normativa di cui al D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, tutti le dichiarazioni sostitutive relative ad atti, attestati e documenti ritenuti dai candidati utili ai fini della valutazione ed attribuzione dei relativi punteggi.

A fine della valutazione del loro contenuto, le pubblicazioni devono essere allegate in originale o in copia autenticata sotto forma di dichiarazione di responsabilità resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445; le stesse, comunque, devono essere edite a stampa.

Alla domanda deve essere allegato un **curriculum formativo e professionale** redatto in carta semplice e sotto forma di dichiarazione di responsabilità ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, datato e firmato, nonché un elenco, in carta semplice, redatto in triplice copia, datato e firmato riportante i titoli e i documenti presentati.

Alla domanda di partecipazione deve essere allegata, a pena di esclusione, copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

L'ammissione dei candidati sarà disposta con determinazione del Direttore dell'area per le Politiche del Personale.

Commissione esaminatrice

La Commissione esaminatrice risulta essere così composta:

Presidente: Dott. Mezzadri Franco Angelo - Direttore Sanitario- OO.RR. Foggia

Componente: Prof. Domenico Paparella

Componente: Dott. Ruggiero Rociola

Segretaria: Sig.ra Angelica Pandolfi – Funzionaria Amministrativa – OO.RR. Foggia

PUNTEGGIO

Ai sensi del combinato disposto dall'art. 8 e 14 del D.P.R. n. 220/2001 e dell'art. 30 comma 2 della L. R. Ai sensi del combinato disposto dall'art. 8 e 14 del D.P.R. n. 220/2001 e dell'art. 30 comma 2 della L. R. 09/08/2006 il punteggio massimo di punti 30 è così ripartito:

- punti 30 per titoli;
- punti 30 per il colloquio.

I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

- punti 15 per titoli di carriera;
- punti 5 per titoli accademici e di studio;
- punti 3 per le pubblicazioni e titoli scientifici;
- punti 7 per il curriculum formativo e professionale;

I candidati che presenteranno domanda sono ammessi con riserva ed i requisiti necessari per la

partecipazione saranno validati dalla Commissione esaminatrice che risulta così composta:

Sarà altresì pubblicato sul sito web www.sanita.puglia.it \ sito istituzionale Azienda Ospedaliero – Universitaria Ospedali Riuniti – FOGGIA/ riquadro AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE / sezione Bandi di concorso la convocazione, da valere a tutti gli effetti quale notificazione, il giorno, l'ora ed il luogo in cui i candidati ammessi dovranno presentarsi per sostenere la prova colloquio.

La prova deve svolgersi in aula indicata sullo stesso avviso, idonea secondo le disposizioni anti contagio attualmente in vigore, di cui al punto precedente e sarà finalizzata alla valutazione della professionalità acquisita nella specifica disciplina.

L'ammissione alla graduatoria finale è subordinata al raggiungimento, nella prova, di un punteggio di sufficienza espresso in termini numerici in una votazione di almeno 21/30.

La graduatoria, così come formulata dalla Commissione esaminatrice secondo l'ordine dei punteggi riportati e derivanti dalla somma di quello relativo ai titoli e quello relativo alla prova, sarà approvata con deliberazione del Direttore Generale.

Per quanto non specificamente espresso nel presente bando, valgono le disposizioni di legge che disciplinano la materia concorsuale, con particolare riferimento al D. Lgs. n. 502/92, D.Lgs. n. 80/98, dal D.P.R. n. 220/2001, del D.Lgs, n. 229/99, dal D.P.R. n. 445/2000, nonché, dal CCNL di categoria.

L'amministrazione si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di modificare, prorogare, sospendere o annullare il presente bando, senza l'obbligo di comunicare i motivi e senza che i concorrenti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Per eventuali chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all'Area per le Politiche del Personale – U.O. Concorsi ed Assunzioni dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Ospedali Riuniti" – Viale Pinto, 1 – 71100 Foggia - Tel 0881/733705-732400 – Responsabile del procedimento Sig.ra Angelica Pandolfi.

Il Direttore Generale
dott. Vitangelo DATTOLI



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
 Azienda Ospedaliero – Universitaria
 FOGGIA

All. 1

ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEI TITOLI

C.P.S. “TECNICI DELLA PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE” CAT: “D”

I 30 punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

- a) 15 punti per i titoli di carriera;
- b) 5 punti per i titoli accademici e di studio;
- c) 3 punti per le pubblicazioni e i titoli scientifici;
- d) 7 punti per il curriculum formativo e professionale.

Nella valutazione dei titoli saranno applicate le disposizioni di cui agli artt. 11, 20, 21 e 22 del citato D.P.R. 220/01.

Art. 11 D.P.R. 220/01 - CRITERI DI VALUTAZIONE DEI TITOLI

a) Titoli di carriera (max 15 punti):

1. i titoli di carriera sono valutabili se si tratta di servizio reso presso le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, nel profilo professionale a concorso.
2. i periodi di servizio omogeneo sono cumulabili;
3. le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile considerando come mese intero, periodi continuativi di giorni 30 o frazioni superiori a 15 giorni;
4. i periodi di servizio prestati a tempo parziale sono valutati proporzionalmente all'orario di lavoro previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;
5. in caso di servizi contemporanei è valutato quello più favorevole al candidato.

In particolare:

Descrizione
Servizio reso nel profilo professionale di C.P.S. Tecnico della Perfusionazione Cardiovascolare presso strutture pubbliche (<i>Punti 1,20 per anno; 0,10 per mese</i>)
Servizio reso nel profilo professionale di C.P.S. Tecnico della Perfusionazione Cardiovascolare presso Case di Cura convenzionate/accreditate (<i>in questo caso il servizio è valutato al 25%</i>).

- b) **Titoli accademici e di studio (max 5 punti)**, sono valutati tenuto conto dell'attinenza dei titoli posseduti con il profilo professionale da conferire e precisamente:

Descrizione
Master universitario annuale attinente al profilo (coordinamento ecc.) (<i>Punti 1,50 per ogni master di secondo livello; Punti 1,00 per ogni master di primo livello</i>)
Corsi di perfezionamento universitari in materie attinenti al profilo – min 120 ore (<i>Punti 0,50 per ogni corso</i>)



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
 Azienda Ospedaliero – Universitaria
 FOGGIA

c) Pubblicazioni e titoli scientifici (max 3 punti):

le pubblicazioni e gli abstract/poster saranno valutati solo se attinenti al profilo professionale da conferire, tenendo conto della descrizione di seguito riportata:

Descrizione
Pubblicazioni su riviste internazionali come unico autore (<i>Punti 2 per pubblicazione</i>)
Pubblicazioni su riviste internazionali in collaborazione con altri autori (<i>Punti 1,50 per pubblicazione</i>).
Pubblicazioni su riviste nazionali come unico autore (<i>Punti 1,00 per pubblicazione</i>)
Pubblicazioni su riviste nazionali in collaborazione con altri autori (<i>Punti 0,50 per pubblicazione</i>).
Abstract/poster come unico autore (<i>Punti 0,20 per abstract</i>)
Abstract/poster in collaborazione con altri autori (<i>Punti 0,10 per abstract</i>).

d) Curriculum formativo e professionale (max 7 punti):

per la valutazione **del curriculum formativo e professionale** si terrà conto in particolare di quanto riportato nella tabella sotto indicata se attinente al profilo professionale da conferire:

Descrizione
Partecipazione a corsi di aggiornamento (ECM e FAD) attinenti al profilo (<i>Punti 0,10 per corso</i>).
Partecipazione a corsi o convegni in qualità di relatore (<i>Punti 0,25 per corso</i>).
Direzione scientifica di Congressi, convegni, seminari, PFA (Progetto Formativo Aziendale) con accreditamento ECM (<i>Punti 0,30 per evento</i>)
Docenza nella materia oggetto del Concorso presso Università (min. 30 ore) (<i>Punti 1,00 per incarico</i>).
Incarico libero prof.le o Co.Co.Co. prestato presso Aziende Sanitarie e/o Enti del SSN esclusivamente nel profilo oggetto del Concorso e conferito direttamente dalle Aziende (<i>Punti 0,25 per trimestre; gli incarichi inferiori al trimestre non saranno valutati</i>).



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
 Azienda Ospedaliero – Universitaria
 FOGGIA

Fac simile di domanda

AII. 2

Al Direttore Generale
 dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria
 "Ospedali Riuniti"
 Viale Luigi Pinto
71122FOGGIA

__l__ sottoscritt_____ chiede di essere ammess__ a partecipare all' Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per eventuali incarichi a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – appartenente al profilo professionale di

"COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO DELLA PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE" Cat. "D".

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi delle dichiarazioni mendaci:

- di essere nat__ a _____ il _____;
- di essere residente in _____ Via _____;
- di essere cittadin__ italian__(se diversa, specificare di quale Stato membro dell'Unione Europea: _____, o di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

(barrare la voce che interessa)

- familiare 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;
 - titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
 - titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.
- di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi);
 - di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo, indicare le condanne riportate);
 - di essere in possesso della laurea in _____, conseguita presso _____ in data _____;
 - di trovarsi nella seguente posizione riguardo gli obblighi di militari di leva _____;
 -
 - di essere iscritto all'Albo _____;
 - di trovarsi nella seguente posizione riguardo gli obblighi di militari di leva _____;
 - di aver prestato servizio come _____ presso l'Azienda _____ dal _____ al _____ (indicando le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego);
 - di intrattenere/non intrattenere rapporti di lavoro subordinato, sia a tempo determinato che indeterminato, con pubbliche amministrazioni (specificare quali in caso positivo);
 -
 - di non essere stato destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
 - di essere idoneo alle funzioni relative alla posizione funzionale da rivestire ovvero che non sussistono prescrizioni limitative alle stesse;
 - di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata agli effetti di ogni comunicazione relativa al concorso al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive:



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
Azienda Ospedaliero - Universitaria
FOGGIA

- PEC: _____

Allega alla presente domanda copia del seguente documento in corso di validità:

_____ rilasciato
da _____ in data ___/___/_____.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, _____

La firma in calce non deve essere autenticata



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
 Azienda Ospedaliero - Universitaria
 FOGGIA

AII. 3

MODELLO SEMPLICE DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la _____ sottoscritto/a

nato/a a _____ (prov. ____) il

residente in _____

(prov. ____)

via/piazza _____ n. _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
Azienda Ospedaliero - Universitaria
FOGGIA

All. 4**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residentea _____ Via _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.