



## **Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 16 del 31/01/2002**

AZIENDA OSPEDALIERA "DI VENERE GIOVANNI XXIII" BARI

Avviso pubblico per titoli di Dirigente Medico disciplina Neurochirurgica.

### **AVVISO PUBBLICO**

per la formulazione di una graduatoria di DIRIGENTE MEDICO (ex 1° Livello) - Area Chirurgica e delle Specialità Chirurgiche - Disciplina: NEUROCHIRURGIA - per la Struttura Complessa U.O. NEUROCHIRURGIA del P.O. "DI VENERE".

Il trattamento economico è quello previsto dal CCNL 8/6/2000 Dirigenza Medica e Veterinaria.

Le domande, redatte in carta semplice e secondo lo schema allegato, dovranno essere indirizzate al Sig. DIRETTORE GENERALE dell'Azienda Ospedaliera "DI VENERE GIOVANNI XXIII" - Via Ospedale Di Venere - 70012 BARI-CARBONARA - entro le ore 12,00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Le domande si intendono prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo Raccomandata con Avviso di Ricevimento entro il termine indicato. A tal fine farà fede il Timbro a data dell'ufficio postale accettante.

I requisiti per l'ammissione sono:

A) CITTADINANZA ITALIANA, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea;

#### **B) IDONEITA' FISICA ALL'IMPIEGO**

1) l'accertamento della idoneità fisica all'impiego - con la osservanza delle norme in tema di categorie protette - è effettuato, a cura dell'Azienda Ospedaliera, prima dell'immissione in servizio;

2) il personale dipendente da pubbliche amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26 comma 1, del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è dispensato dalla visita Medica;

#### **C) LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA;**

D) SPECIALIZZAZIONE NELLA DISCIPLINA OGGETTO DEL CONCORSO (NEUROCHIRURGIA) e relative equipollenze ed affinità ex artt. 56 e 74 DPR 10/12/1997 n. 483 e D.M. Sanità 31/1/1998.

Il personale del Ruolo Sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del DPR 10/12/1997 n. 483 è esentato dal requisito della Specializzazione nella Disciplina relativa al posto di ruolo già ricoperto alla predetta data per la partecipazione ai Concorsi presso le UU.SS.LL. e le Aziende Ospedaliere diverse da quella di appartenenza;

E) ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI ATTESTATA DA CERTIFICATO O DA AUTOCERTIFICAZIONE EX DPR 405/2000 IN DATA NON ANTERIORE A SEI MESI RISPETTO A QUELLA DI SCADENZA DEL BANDO. L'ISCRIZIONE AL CORRISPONDENTE ALBO PROFESSIONALE DI UNO DEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA CONSENTE LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO, FERMO RESTANDO L'OBBLIGO DELLA ISCRIZIONE ALL'ALBO IN ITALIA PRIMA DELL'ASSUNZIONE IN SERVIZIO.

I Titoli valutabili ed i criteri di valutazione sono quelli previsti dagli artt. 11 e 27 del D.P.R 10/12/1997 n. 483.

Alle domande devono essere allegati i Titoli, le Pubblicazioni ed ogni altro documento utile - a giudizio del concorrente - ai fini della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria.

I Titoli devono essere prodotti in originale o copia autenticata nei modi di Legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente e le Pubblicazioni devono essere edite a stampa.

Alla domanda deve essere unito un Elenco - in triplice copia ed in carta semplice - dei Documenti e dei Titoli prodotti, nonché un CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE in carta semplice, datato e firmato.

I candidati devono dichiarare nella domanda di partecipazione, redatta secondo lo schema allegato al presente Bando:

- 1) cognome e nome;
- 2) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- 3) il possesso della cittadinanza Italiana;
- 4) il comune di iscrizione nelle Liste Elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 6) le eventuali condanne penali riportate;
- 7) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- 8) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- 9) il possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e della Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico - Chirurgo;
- 10) il possesso del Diploma di Specializzazione nella Disciplina oggetto dell'Avviso richiesto quale requisito;
- 11) la iscrizione all'Ordine dei Medici - Chirurghi;
- 12) possesso di eventuali titoli di precedenza o preferenza a parità di valutazione.

I candidati devono - inoltre - indicare il domicilio o la residenza nonché l'indirizzo (con la indicazione del C.A.P.) presso il quale deve essere inviata qualsiasi comunicazione inerente l'Avviso.

Le clausole del presente Avviso si intendono accettate con la presentazione delle domande di ammissione.

Per quanto altro non previsto nel presente Bando si fa riferimento alle disposizioni legislative che disciplinano la materia.

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

Eventuali informazioni relative al presente Bando possono essere richieste agli Uffici dell'Area GESTIONE DEL PERSONALE dell'Azienda Ospedaliera - Via Amendola n° 207 - BARI - tel.: 080/5015625.

Il Direttore Generale ff.  
Dott. Giuseppe de Stasio

## Schema di domanda

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera  
"DI VENERE - GIOVANNI XXIII",  
Via Ospedale Di Venere  
70012 BARI-CARBONARA

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_, nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, chiede alla S.V. Ill.ma di essere ammess\_\_\_ a partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli, per la formulazione di una graduatoria di \_\_\_\_\_ di cui all'avviso pubblicato sul B.U. della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ bandito da codesta Azienda.

All'uopo - sotto la propria responsabilità - dichiara:

- 1) di essere nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in possesso della Cittadinanza Italiana ovvero di uno dei paesi dell'Unione Europea (specificare quale);
- 3) di essere iscritt\_\_\_ nelle liste Elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto per il seguente motivo (specificare quale);
- 4) di non aver mai riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso, ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate o i procedimenti penali pendenti;
- 5) di essere in possesso del Diploma di Laurea \_\_\_\_\_;
- 6) di essere in possesso della Specializzazione in \_\_\_\_\_;
- 7) di essere in possesso del Diploma di Abilitazione alla Professione;
- 8) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- 9) di essere nei riguardi degli obblighi di Leva nella seguente posizione: \_\_\_\_\_ (specificare);
- 10) di non aver mai prestato servizio ovvero di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni (in caso affermativo specificare l'Azienda, i periodi, se a tempo pieno o parziale, se a tempo determinato o indeterminato, se con rapporto di lavoro subordinato o a convenzione);
- 11) di non essere ovvero di essere incorso in provvedimenti di destituzione o decadenza da impieghi presso pubbliche Amministrazioni (in caso affermativo specificare i motivi);
- 12) di non essere ovvero di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a riserve, a preferenza precedenza nella nomina (in caso affermativo, specificare quale);
- 13) di non essere ovvero di essere beneficiario dei diritti di cui alla Legge 512/1992 n. 104 quale persona portatrice di handicap;
- 14) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda per le finalità relative all'accertamento dei requisiti di ammissione e per la valutazione di merito, nonché per la gestione del rapporto di lavoro che si dovesse instaurare a seguito dell'espletamento della procedura di che trattasi.

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente Concorso venga effettuata al seguente indirizzo

COGNOME NOME INDIRIZZO C.A.P. CITTA' tel.

---

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_, infine, a norma del D.P.R 28/12/2000, n. 445, dichiara che le dichiarazioni relative a stati, fatti e qualità personali, contenuti nella presente domanda, rispondono a verità e sono da ritenersi sostitutive delle relative certificazioni, fatta salva la facoltà da parte dell'Amministrazione ricevente di controllare la veridicità delle dichiarazioni stesse mediante richiesta diretta delle necessarie documentazioni al soggetto competente o attraverso l'esibizione da parte dell'interessato di copie fotostatiche, ancorché non autenticate, dei certificati di cui sia già in possesso.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.26 della Legge 4.01.1968 n. 15 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci quivi indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma non autenticata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_