

Servizio Sanitario della Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Via Miglietta, 5 - Lecce

Prot. n.

Lecce, _____

AVVISO

Per assicurare urgenti ed inderogabili esigenze di carattere assistenziale presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda si rende necessario conferire n. 5 incarichi a tempo determinato di dirigente medico – disciplina di Psichiatria, da assegnare al predetto D.S.M. fino al 31.12.2016.

I requisiti di partecipazione, che devono essere posseduti alla data di scadenza del bando, sono:

- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Diploma di Abilitazione all' esercizio della professione medica;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici;
- Specializzazione nella disciplina di Psichiatria o disciplina equipollente o disciplina affine.

Le domande di partecipazione all'avviso, pena l'esclusione, **devono pervenire entro e non oltre le ore 24:00 del 16.09.2016** e devono essere inviate a mezzo raccomandata A/R al seguente Indirizzo: Azienda Sanitaria Locale di Lecce – Area Gestione del Personale – Via Miglietta n. 5 – 73100 Lecce., oppure mediante presentazione diretta all'Ufficio Protocollo Generale della A.S.L. Lecce. Inoltre la domanda di partecipazione all'avviso e la relativa documentazione può essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it.

La validità della trasmissione e ricezione della corrispondenza è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. La domanda si intende sottoscritta se prodotta nel rispetto dell'art. 65 del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale).

Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzato alla casella di posta elettronica certificata sopra indicata.

Analogamente, non sarà considerato valido, ai fini della partecipazione al concorso, l'invio ad un altro, ancorchè certificato, indirizzo di posta elettronica di questa Azienda. Il candidato dovrà comunque allegare, copia di un documento valido di identità.

Per le domande inviate a mezzo raccomandata A/R fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

La domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal candidato ai sensi dell'art 39, comma 1 del D.P.R. 445/00, non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione. Inoltre, **la mancata sottoscrizione della stessa determina l'esclusione dal bando.**

L'amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato e da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione della domanda pena la non ammissione.

Si precisa, inoltre, che non saranno prese in considerazione le domande dei dipendenti di questa ASL con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato in corso nello stesso profilo o disciplina oggetto dell'avviso.

Considerato che la presente procedura è stata attivata in quanto esistono imprescindibili esigenze di assistenza e salute pubblica che devono essere necessariamente assicurate con il reclutamento del personale in oggetto, si stabilisce di non assumere personale impossibilitato giuridicamente e/o materialmente a prestare con immediatezza la propria attività lavorativa a tempo pieno, con copertura dei turni H 24 e turni di pronta disponibilità.

Si precisa che, ai sensi della Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15 (legge di stabilità 2012) i candidati non dovranno chiedere o produrre alla Pubblica Amministrazione certificazioni di stati, qualità personali o fatti che risultano in possesso alla stessa.

Pertanto i documenti da allegare alla domanda sono i seguenti:

- a) dichiarazioni sostitutive relative ai requisiti specifici di ammissione (laurea, abilitazione, specializzazione, iscrizione all'Albo);
- b) curriculum formativo e professionale, datato e firmato; il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e non costituisce autocertificazione, le attività professionali e i corsi di studio indicati nel curriculum saranno presi in esame, ai fini della valutazione di merito, solo se formalmente documentati con apposita autocertificazione;
- c) un elenco in carta semplice di quanto presentato, datato e firmato;
- d) fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità.
- e) tutte le dichiarazioni sostitutive relative a titoli che si ritenga opportuno presentare agli effetti della partecipazione in qualità di riservatario, della valutazione di merito e della formazione della graduatoria, redatte in conformità agli artt. 46 o 47 del D.P.R. 445/2000 ;

Le dichiarazioni sostitutive relative ai titoli devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

Saranno prese in considerazione solo le pubblicazioni in stampa originali o in copia autenticata ai sensi di legge o in dattiloscritto provvisto di documento attestante l'accettazione per la stampa da parte della casa editrice.

Il candidato deve, altresì, allegare alla domanda, pena l'esclusione dall'Avviso:

1. **una dichiarazione di immediata disponibilità a prestare servizio attivo e a tempo pieno (copertura dei turni di servizio H24 e dei turni di pronta disponibilità) e con impegno ad assumere servizio entro 7 giorni dalla data di convocazione per la sottoscrizione del contratto di lavoro;**
2. una dichiarazione di accettazione di tutte le condizioni previste nel presente bando;
3. fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

La graduatoria degli aspiranti verrà formulata applicando le disposizioni di cui al D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483.

Per la valutazione dei titoli la commissione dispone complessivamente di 20 punti così ripartiti:

- | | |
|---|----------|
| a) titoli di carriera : | punti 10 |
| b) titoli accademici di studio: | punti 3 |
| c) pubblicazioni e titoli scientifici: | punti 3 |
| d) curriculum formativo e professionale | punti 4 |

Titoli di carriera:

- a) servizi di ruolo prestati presso le Unità Sanitarie Locali o le Aziende Ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483:
- 1) servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina, punti 1,00 per anno;
 - 2) servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, punti 0,50 per anno;
 - 3) servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;
 - 4) servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;
- b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0,50 per anno.

Titoli accademici e di studio:

- a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, punti 1,00
- b) specializzazione in una disciplina affine punti 0,50
- c) specializzazione in altra disciplina, punti 0,25
- d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50 per cento;
- e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, punti 0,50 per ognuna, fino ad un massimo di punti 1,00.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione.

La specializzazione conseguita ai sensi del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio pari a mezzo punto per anno di corso di specializzazione. Tale punteggio non verrà attribuito se il documento che attesta il fatto non reca la precisazione che è stata conseguita ai sensi del suddetto decreto.

Per la valutazione delle pubblicazioni, dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art.11 del D.P.R. 483/97.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si informano i candidati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione all'avviso comunque acquisiti a tal fine dalla ASL LECCE è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento selettivo, anche da parte della commissione esaminatrice, presso l'ufficio preposto dall'Azienda, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione e il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice (D.lgs. n. 196/2003), in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della Legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste alla Direzione Generale della ASL Lecce.

Questa ASL si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso per cause dovute a norme di contenimento di spese di personale, piano di rientro della Regione Puglia, riorganizzazione e/o ristrutturazione della rete ospedaliera e territoriale.

Il presente avviso sarà pubblicato **nella – sezione Albo Pretorio – Accesso all'Albo Pretorio - Ricerca concorso - della pagina relativa alla ASL Lecce del Portale Regionale della Salute www.sanita.puglia.it**.

Per informazioni e chiarimenti, i candidati potranno rivolgersi all'Area Gestione del Personale della ASL LECCE, Via Miglietta n. 5 – Lecce - tel.0832/215799- 215248 – 215226, indirizzo e-mail: areapersonale@ausl.le.it; indirizzo p.e.c.: areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it.

Il Direttore Sanitario
(Dott. Antonio Sanguedolce)

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Antonio Pastore)

Il Direttore Generale
(Dott.ssa Silvana Melli)
Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio PASTORE
Delegato dal Direttore Generale
Dott.ssa Silvana MELLI
ai sensi dell'art. 3, comma 6,
D.Lgs. N. 502/92 ss.mm.ii.

Al Direttore Generale della
Azienda Sanitaria Locale di Lecce
Via Miglietta, 5
73100 Lecce

Il/La... sottoscritt..... chiede di essere ammessa... a partecipare all'Avviso di Pronta Disponibilità, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria per il conferimento di n. 5 incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico della disciplina di Psichiatria.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la sottoscrizione della presente domanda, le clausole ivi contenute;
2. di essere nat..... a il
3. di essere residente in Via/Piazza
4. di essere in possesso della cittadinanza ovvero
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (1);
6. di aver/non aver riportato condanne penali (2);
7. di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso in data
8. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
9. di essere in possesso del diploma di Specializzazione in conseguito presso in data
10. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di
11. di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: (3);
12. di aver/non aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni (indicando anche le cause di risoluzione dei rapporti di lavoro):
.....
.....
.....;
13. di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire di riserve, precedenza o preferenze:
14. di essere immediatamente disponibile a prestare servizio attivo e a tempo pieno (copertura dei turni di servizio H24 e dei turni di pronta disponibilità) e con impegno ad assumere servizio entro 7 giorni dalla data di convocazione per la sottoscrizione del contratto di lavoro

15. (solo per i cittadini degli altri Stati membri dell'Unione Europea o extracomunitari con permesso di soggiorno) di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di essere in possesso di titolo di studio riconosciuto in Italia;

16. di possedere il seguente indirizzo di posta elettronica:

17. di indicare il seguente indirizzo cui trasmettere eventuali comunicazioni:

Via n. località Prov. CAP recapiti tel., riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso indirizzo.

Il sottoscritto autorizza la ASL Lecce al trattamento dei propri dati personali ai fini del concorso e, successivamente, per la gestione dell'eventuale rapporto di lavoro, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Allega alla presente:

1. fotocopia del documento di identità in corso di validità (4);
2. curriculum formativo e professionale;
3. elenco dei documenti presentati, datato e firmato;
4.

Data,.....

Firma

(1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.

(2) indicare le eventuali condanne riportate o gli eventuali procedimenti penali in corso.

(3) per i candidati nati entro il 1985.

(4) è obbligatoria la presentazione al fine di conferire validità ad alcune dichiarazioni rese nella domanda di partecipazione alla selezione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del DPR n. 445/2000 – allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

Il/La... sottoscritt.....
nat..... a il
residente in Prov.
CAP Via/Piazza
consapevole, secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue: (barrare e compilare solo le caselle interessate)
di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____
- Specializzazione in _____ conseguita in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____ durata del corso _____ ai sensi del _____
- Abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data ____/____/____ presso _____
- Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ in data ____/____/____ al n. _____
- Eventuali altri titoli:
 - _____ conseguito in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____
 - _____ conseguito in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____
 - _____ conseguito in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____
- Di aver partecipato ai seguenti eventi formativi (corsi, convegni, seminari, master ecc.):
 - Denominazione corso _____ organizzato da _____ durata dal ____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
 - Denominazione corso _____ organizzato da _____ durata dal ____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
 - Denominazione corso _____ organizzato da _____ durata dal ____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
 - Denominazione corso _____ organizzato da _____ durata dal ____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
 - Denominazione corso _____ organizzato da _____ durata dal ____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no

- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ durata dal
____/____/____ al ____/____/____ ECM _____ esame finale si no

○ Di aver svolto le seguenti attività di docenza:

- Materia _____ n. ore di insegnamento totali
_____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____
- Materia _____ n. ore di insegnamento totali
_____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

Data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000 – allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

Il/La... sottoscritt.....
nat..... a il
residente in Prov.
CAP Via/Piazza

consapevole, secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue: (barrare e compilare solo le caselle interessate)
di essere in possesso del seguente titolo di studio:

o **Di aver prestato i seguenti servizi:**

- Denominazione Ente: _____

- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____

Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____

- tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____

Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____

- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____

Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____

- tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____

Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____

- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____

Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____

- tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____

Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____

- Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____

Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____

- tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____

Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____ h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____
 tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____
 tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____
 tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____h/sett.)

- Denominazione Ente: _____
 Ente Pubblico Privato accredit./convenz. SSN Privato non accredit./convenz. SSN
 Altro _____
Profilo professionale _____ dal ____/____/____
al ____/____/____
 tempo indeterminato tempo determinato CoCoCo CoCoPro Convenzione
 Libero professionale Borsista Altro _____
Orari settimanale: Tempo pieno (38h/sett.) Part-time (_____h/sett.)

- **che le allegate copie di partecipazione agli eventi formativi (corsi, convegni, seminari, master ecc.) sono conformi agli originali;**

Data _____

FIRMA