



REGIONE PUGLIA



Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

AREA GESTIONE RISORSE UMANE
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI E GESTIONE DEL RUOLO
LUNGOMARE STARITA, 6 – 70132 BARI
P. IVA e C.F. 06534340721

Prot. n. 125332/2

Bari, lì

AVVISO

27 GIU. 2016

Al fine di porre soluzione alle criticità esistenti presso la UUOCC di Anestesia e Rianimazione della ASL BA, rappresentate dai Direttori Medici delle predette Strutture, si rende necessario conferire incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico della disciplina per sopperire a dette esigenze fino al 31.12.2017.

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 o disciplina equipollente.**

Le domande di partecipazione all'avviso, **pena l'esclusione, devono pervenire entro e non oltre le ore 24:00 del 04.07.2016** e devono essere inviate a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo: Azienda Sanitaria Locale BA – Unità Operativa Assunzioni e Concorsi – Lungomare Starita, 6 – 70132 Bari.

Inoltre la domanda di partecipazione all'avviso e la relativa documentazione può essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

agruconcorsi.aslbari@pec.rupar.puglia.it.

La validità dell'istanza è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale, pena esclusione, non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria.

L'invio deve avvenire in un'unica spedizione, (non superiore a 20MB) con i seguenti allegati solo in formato PDF (**pena la non ammissione**):

- domanda
- elenco dei documenti
- cartella con tutta la documentazione
- copia fotostatica del documento di riconoscimento

La domanda di partecipazione all'avviso dovrà arrecare la firma autografa ovvero digitale. 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. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D.L.gvo 235/10 (codice dell'Amministrazione digitale), anche se indirizzata alla PEC del protocollo Aziendale.

Per le domande inviate a mezzo raccomandata A/R fa fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante. Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

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'Azienda non si assume responsabilità:

1. nel caso in cui i file inviati via PEC in maniera difforme da quanto richiesto nel bando ne impedisca la visione ed il conseguente esame della documentazione.
2. per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore che comportino ritardo nella presentazione della domanda rispetto ai termini previsti nel presente bando.

Escluso 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 nello stesso profilo o disciplina oggetto dell'avviso.

Ai fini della formulazione di eventuale graduatoria di merito, da effettuare ai sensi del D.P.R. 483/97, alla domanda di partecipazione all'avviso, i concorrenti devono allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare (carriera, scientifici, accademici e di studio, attestati di corsi di aggiornamento, formazione professionale e docenze) ivi compreso un curriculum formativo e professionale.

Detti documenti, **pena la non valutazione**, devono essere presentati mediante dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/00 ovvero in fotocopia mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dichiara la conformità della copia originale resa ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/00 ed accompagnati dalla fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Si precisa, che per quanto attiene ai titoli per la cui valutazione di merito è necessaria la conoscenza di determinati elementi essenziali, gli stessi, qualora genericamente indicati o resi in forma di autocertificazione carente di elementi conoscitivi essenziali per la valutazione, non saranno presi in considerazione.

Alla domanda di partecipazione si dovrà allegare la ricevuta di pagamento del contributo di partecipazione al concorso pari a € 10,00 (**non rimborsabile**) **da effettuarsi entro i termini di scadenza del bando ed esclusivamente mediante bonifico bancario** intestato ASL BA - Servizio Tesoreria – Banca Popolare di Bari – **IBAN: IT57X0542404297000000000202**. Il versamento deve riportare nella causale la dicitura: Cod. 00031 – Contributo di partecipazione **all'Avviso di Pronta disponibilità, per soli titoli, per la formulazione di graduatoria di incarichi a tempo determinato, di Dirigente Medico disciplina – "Anestesia e Rianimazione"**.

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;**
4. **la ricevuta di pagamento del contributo di partecipazione.**

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 al concorso e all'avviso o comunque acquisiti a tal fine dall' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività concorsuali o selettive ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento concorsuale o selettivo, anche da parte della commissione esaminatrice, presso l'ufficio preposto dall'Azienda (Area Gestione Risorse Umane), 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 al Direttore Area Gestione Risorse Umane.

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 sul sito Internet: www.asl.bari.it – sezione concorsi.

Il Direttore Sanitario
Silvana CORNELLI

Il Direttore AGRU
Francesco Liippolis

Il Direttore Generale
Vito MONTANARO



FAC - SIMILE DI DOMANDA
Al Direttore Generale della ASL BA
c/o U.O. Assunzioni e Concorsi
Lungomare Starita, 6
70132 Bari

OGGETTO: richiesta di partecipazione all'Avviso di Pronta disponibilità, per soli titoli, per la formulazione di graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Dirigente Medico disciplina – Anestesia e Rianimazione - da assegnare alle UUOCC di Anestesia e Rianimazione della ASL BA.

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'Avviso di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, nonché consapevole, secondo quanto previsto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/00, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____;
3. CODICE FISCALE _____;
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei paesi dell'Unione Europea;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
6. di godere dei diritti civili e politici;
7. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso(2);
8. di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
9. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
10. di essere in possesso della seguente specializzazione _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
11. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
12. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di _____ (3)(per i soggetti nati entro il 31/12/1985)
13. di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (4);
14. di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili, ovvero di essere cessato dal servizio presso una pubblica amministrazione per il seguente motivo _____;
15. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura concorsuale, ai sensi della Legge 30/12/2003 n. 196;
16. di accettare tutte le clausole previste dal bando.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:

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

Tel. n. _____ Indirizzo E-Mail _____, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Data _____

FIRMA

- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi;
- 2) In caso contrario indicare le condanne penali riportate o procedimenti penali pendenti;
- 3) Per la valutazione del servizio militare ai sensi della legge 958/86 indicare la posizione ed il servizio attestati nel foglio matricolare;
- 4) Indicare le cause della eventuale risoluzione dei rapporti di impiego;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 del DPR n. 445/2000 – allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

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 Anestesia e Rianimazione** conseguita in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____ durata del corso _____
- Disciplina equipollente, stabilita dal D.M. 30/01/1998 e successive modificazioni ed integrazioni** _____ conseguita in data ____/____/____ presso _____ punteggio finale _____
- Abilitazione all'esercizio della professione**, conseguita in data ____/____/____ presso _____
- Iscrizione all'Ordine** dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____ in data ____/____/____ al n. _____
- Eventuali altri titoli:**
 - Titolo: _____ conseguito il ____/____/____
Presso _____ punteggio finale _____
 - Titolo: _____ conseguito il ____/____/____
Presso _____ punteggio finale _____
 - Titolo: _____ conseguito il ____/____/____

- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO
- Denominazione corso _____
organizzato da _____ luogo _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ esame finale SI NO

Di aver svolto le seguenti attività di docenza:

- Materia _____ n. ore di insegnamento totali _____
_____ presso il _____ seguente Ente _____
_____ con sede in _____
_____ dal ___/___/___ al ___/___/___
- Materia _____ n. ore di insegnamento totali _____
_____ presso il _____ seguente Ente _____
_____ con sede in _____
_____ 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 sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

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 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 _____

- Durata orario settimanale: Full time (38 h/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 _____

- Durata orario settimanale: Full time (38 h/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 _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/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 _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/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 _____
- Durata orario settimanale: Full time (38 h/sett.) part-time (___h/sett.)

Di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa:

- dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per il seguente motivo _____
- dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per il seguente motivo _____

- che le allegate copie di partecipazione agli eventi formativi (corsi, convegni, seminari, master ecc.) sono conformi agli originali;
- che l'allegata copia del documento di riconoscimento in corso di validità è conforme all'originale.

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 sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

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:

Data _____

FIRMA