

PG. 3164 del 17/01/2025

**AVVISO INTERNO RIVOLTO AI DIPENDENTI DEL COMPARTO – AREA DEI
 PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI - PER L'ATTRIBUZIONE DI
 INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE
 (ART. 29 E SS. CCNL COMPARTO SANITA' 2019-2021)**

Il presente bando è rivolto al personale appartenente **all'Area dei professionisti della salute e dei funzionari** per l'attribuzione dei seguenti **incarichi di funzione professionale**:

Denominazione	Struttura di appartenenza	Ruolo/profili
Case Manager PDTA Colon Retto- e PDTA pancreas	DAPSS	Sanitario – Profilo: Infermiere
Case Manager PDTA Osteoporosi- PDTA del piede diabetico	DAPSS	Sanitario – Profilo: Infermiere
Case Manager Breast Unit	DAPSS	Sanitario – Profilo: Infermiere
Referente del Monitoraggio Neurologico Intraoperatorio (T-IONM)	DAPSS	Sanitario – Profilo: Tecnico di Neurofisiopatologia
Psichiatria Forense	DAPSS	Sanitario- Profilo: Infermiere
Area Consultori	DAPSS	Sanitario – profilo: Ostetrica

Il contenuto dell'incarico è descritto nelle Job description allegate (All._JOB)

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE PER INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALI

- Valutazioni annuali di performance individuale positive nell'ultimo biennio o comunque le ultime due valutazioni disponibili in ordine cronologico, qualora non sia stato possibile effettuare la valutazione a causa di assenza dal servizio in relazione ad una delle annualità;
- Assenza di provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni superiori alla multa.
- 5 anni di esperienza professionale maturati nel profilo di appartenenza come sopra indicato per ciascun incarico.

Nel computo dei cinque anni di esperienza professionale rientrano anche i periodi di servizio maturati, con o senza soluzione di continuità, a tempo determinato e/o a tempo parziale, presso Aziende o Enti del comparto nonché presso altre amministrazioni di comparti diversi, ovvero presso ospedali privati accreditati o presso le Università pubbliche e private dei Paesi dell'Unione Europea nel medesimo o corrispondente profilo.

CRITERI DI VALUTAZIONE

Gli incarichi di funzione professionale sono attribuiti sulla base dei seguenti criteri selettivi che valorizzano gli elementi significativi del profilo professionale del dipendente e attinenti ai contenuti dell'incarico da ricoprire:

- Esperienza professionale - vengono considerati:
 - 1) i precedenti incarichi di funzione organizzativa (compreso il coordinamento) o professionale, svolti all'interno dell'ASST di Mantova, ovvero in altri Enti o Aziende del comparto, purché corredate da valutazioni positive,
 - 2) l'esperienza professionale maturata nello specifico ambito della funzione oggetto dell'incarico o in ambito ad esso correlato;
- Curriculum formativo – vengono considerati:
 - 1) titoli di studio ulteriori rispetto a quello richiesto quale criterio di accesso: saranno valorizzate la laurea magistrale o specialistica, master universitari di primo o secondo livello, corsi di perfezionamento universitari,
 - 2) percorsi formativi a contenuto professionale specifico e pertinente all'incarico da attribuire,
 - 3) docenze in ambito accademico, attività didattiche e produzione scientifica attinente il profilo di appartenenza, redazione di procedure / PDTA / regolamenti ad uso aziendale,
 - 4) altri titoli culturali e professionali, corsi di aggiornamento e qualificazione professionale;

I titoli di cui ai punti 2,3,4 verranno presi in considerazione se acquisiti in data non antecedente all'anno 2015.
- Esiti della valutazione – vengono considerati gli esiti delle valutazioni annuali acquisite presso la ASST di Mantova degli ultimo tre anni (2021 – 2022 - 2023) o comunque le ultime 3 disponibili in ordine cronologico.
- Colloquio – relativo alle tematiche connesse all'incarico

Peso dei singoli criteri selettivi

- Esperienza professionale: 15 punti
- Curriculum formativo: 10 punti
- Esiti della valutazione: 5 punti
- Colloquio: 70 punti

per un totale di 100 punti.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. I candidati **dovranno utilizzare esclusivamente lo schema di domanda e di curriculum allegati**. Si precisa che, per quanto concerne le valutazioni, **i candidati non dovranno produrre gli esiti delle valutazioni annuali che saranno acquisite d'ufficio**.

Essendo le dichiarazioni inserite nella domanda e nel curriculum rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445 del 2000, è necessario allegare copia documento di identità.

2. **INDIRIZZO DI INOLTRO**

La domanda, redatta sul modello allegato al presente avviso deve pervenire all' **Ufficio Protocollo Aziendale** via mail all'indirizzo di posta elettronica:
protocollogenerale@asst-mantova.it

3. **TERMINI DI SCADENZA 2 Febbraio 2025**

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

Detto termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti e titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, successivamente a tale scadenza.
Le domande che perverranno oltre tale data di scadenza o secondo modalità diverse da quelle indicate non verranno prese in considerazione.

4. CONVOCAZIONE

I candidati che produrranno la domanda di partecipazione entro il termine di scadenza ed in possesso dei requisiti richiesti saranno convocati mediante avviso che verrà pubblicato sul sito aziendale <https://www.asst-mantova.it> – Professionisti – Lavora con Noi – Avvisi interni e sull'angolo del dipendente.

È esclusa qualsiasi altra modalità di convocazione.

L'eventuale esclusione dall'avviso per mancanza dei requisiti richiesti sarà comunicata anteriormente alla data del colloquio ai candidati all'indirizzo di posta elettronica aziendale.

In base ai punteggi assegnati dalla Commissione verrà redatta una graduatoria a cui attingere limitatamente al numero di incarichi da attribuire al momento dell'approvazione della stessa.

Di conseguenza **non si darà luogo allo scorrimento della graduatoria** per eventuali esigenze future, neppure nel caso che alcuno dei dipendenti vincitori non accetti l'incarico o, una volta attribuito, rinunci allo stesso.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

In base alle risultanze della selezione, gli incarichi di funzione professionale sono attribuiti con provvedimento formale del Direttore Generale, ed hanno durata quinquennale come da vigente contratto (art. 31, comma 3 CCNL 2019-2021).

F.to DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Anna Gerola

F.to il direttore Socio Sanitario
Dott.ssa Angela Bellani

F.to il Direttore Sanitario
Dott.ssa Marianna Lorenzoni

ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE MANTOVA
Strada Lago Paiolo, 10
46100 MANTOVA

**DOMANDA RELATIVA ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI
FUNZIONE PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

di partecipare all'AVVISO INTERNO per l'attribuzione di incarico di Funzione Professionale (indicare quale):

come da relativo bando di cui dichiara di aver preso visione, accettandone le condizioni.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- a) di essere nato/a a _____, il _____ e di risiedere a _____ indirizzo: _____;

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

- a) di essere dipendente di questa Azienda inquadrato in Area dei professionisti della salute e dei funzionari, ruolo _____, profilo _____ con decorrenza dal _____

- b) di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando:

A) ☐ almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza (Area dei professionisti della salute e dei funzionari);

B) ☐ Valutazioni annuali di performance individuali positive nell'ultimo biennio e assenza di provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni superiori alla multa;



- c) di presentare curriculum formativo e professionale di seguito dichiarato in forma di autocertificazione inclusa nella presente domanda.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- La convocazione al colloquio previsto dall'avviso verrà pubblicata sul sito aziendale <https://www.asst-mantova.it> – Professionisti - lavora con noi – avvisi interni e sull'angolo del dipendente;
- Qualunque altra comunicazione inerente il presente avviso da parte di ASST verrà effettuata all'indirizzo di posta elettronica aziendale.

Data _____

Firma _____

(allegare copia documento di identità)



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI **INCARICO** DI FUNZIONE PROFESSIONALE

IO SOTTOSCRITTO/A

-
- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
 - valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
 - consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ:

**ESPERIENZE PROFESSIONALI:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze professionali riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con _____ sede _____ in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

☐ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

con contratto di tipo: ☐ dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi):

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo:

In _____ qualità _____ di _____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (ore sett. _____)

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (n. ore sett. _____)

con _____ incarico _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo _____ dell'eventuale _____ cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO ☐ SI ☐

Per i seguenti motivi _____



**EVENTUALI PRECEDENTI INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA/PROFESSIONALE
COMPRESO IL COORDINAMENTO**

(indicare Ente, periodo di svolgimento dell'attività, denominazione dell'incarico)

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (compreso quello richiesto quale criterio di accesso)

(da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente) - Utilizzare il presente schema tante volte quanto necessita).

di essere in possesso:

- del DIPLOMA DI LAUREA o Titolo equipollente in _____
conseguita in data _____
presso _____
con sede in _____

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

Conseguito il _____

presso _____

con sede in _____

**PERCORSI FORMATIVI A CONTENUTO PROFESSIONALE SPECIFICO:**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita).

TITOLO DEL CORSO:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESENZIATO COME: ☐ Uditore

☐ Segreteria Scientifica

☐ Relatore

☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale;

☐ non previsto esame finale

☐ Crediti ECM n. _____

ATTIVITA' DIDATTICA/DOCENZE IN AMBITO ACCADEMICO:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso

_____ con _____ sede _____ in _____

_____ natura _____ giuridica _____ dell'Istituto:

_____ corso _____ di _____ studio:

_____ materia _____ di _____ insegnamento:

_____ impegno _____ orario _____ (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico):

_____ tipologia _____ contrattuale:

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO:

AUTORI:

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pag. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:
