

Prot. 52571 DEL 11.11.2020

**AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI FUNZIONI DI COORDINAMENTO
PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO-OSTETRICO, TECNICO E DELLA RIABILITAZIONE
DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Il presente bando è rivolto al personale infermieristico-ostetrico, tecnico e della riabilitazione delle professioni sanitarie – cat. D (compreso il livello economico DS). Scopo del presente avviso è identificare soggetti idonei ad esercitare funzioni di coordinamento nelle Strutture Aziendali dei vari presidi ospedalieri e territoriali nonché nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Castiglione delle Stiviere.

Fermo quanto sopra, si specifica che:

- a) sono ESONERATI dalla partecipazione al presente avviso coloro che siano attualmente titolari di incarico funzionale di coordinamento triennale attribuito a norma del vigente CCNL 21.5.2018;
- b) mentre sono INVITATI a partecipare al presente avviso, qualora ancora interessati all'attribuzione di incarico funzionale di coordinamento:
 - coloro che abbiano partecipato al precedente avviso aziendale (anno 2018) ma attualmente non siano titolari di incarico;
 - coloro che, già titolari dell'incarico di coordinamento secondo le precedenti disposizioni contrattuali, abbiano successivamente acquisito i requisiti previsti dal vigente CCNL 21.5.2018 (vedi sotto)

I candidati sono invitati a utilizzare gli allegati fac simili per redigere la domanda e il curriculum.

REQUISITI

Sono ammessi a partecipare coloro che siano in possesso di entrambi i seguenti requisiti:

- a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al D.M. 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al D.M. 22 ottobre 2004, n. 270 del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca; oppure Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive conseguito ai sensi del R.D. 21/11/1929, n. 2330, per il personale infermieristico;
- b) appartenenza alla categoria D / DS con esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza acquisita in aziende o enti del SSN.

VALUTAZIONE DEI CANDIDATI

Per il conferimento dell'incarico, ai sensi del vigente CCNL, verrà effettuata una valutazione dei candidati attraverso:

- a. Colloquio individuale, con apposita commissione, che verterà sui seguenti argomenti:
 - gestione e l'organizzazione delle attività e del personale di unità assistenziali/servizi;
 - metodi e strumenti per l'integrazione di settori di attività di particolare rilevanza per il raggiungimento di obiettivi aziendali;
 - definizione/valutazione dei sistemi di governo assistenziale, la pianificazione organizzativa di attività assistenziali nei settori ospedalieri e territoriali;
 - pianificazione e gestione delle attività formative e dei percorsi di ricerca;
 - metodi e strumenti per la sicurezza dei lavoratori;
- b. valutazione del curriculum formativo ed esperienziale dei candidati;
- c. Esiti della valutazione permanente annuale nonché eventuali valutazioni di precedenti incarichi.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

L'incarico di cui al presente avviso è conferito con provvedimento formale del Direttore Generale, sulla base dell'elenco degli idonei definito dalla Commissione giudicatrice, ed ha durata triennale come da vigente contratto (art. 19 CCNL 2016/18).

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. INDIRIZZO DI INOLTRO:

La domanda, redatta sul modello allegato al presente avviso dovrà pervenire all'**Ufficio Protocollo Aziendale** - Strada Lago Paiolo 10 – Mantova , con possibilità di inoltro via mail all'indirizzo di posta elettronica: protocollogenerale@asst-mantova.it

2. TERMINI DI SCADENZA: **18 NOVEMBRE ORE 12:00**

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.

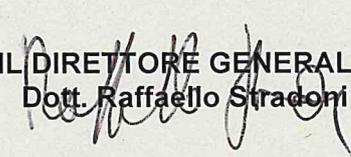
3. CONVOCAZIONE

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.gov.it> - Professionisti in Azienda Ospedaliera - Lavora con noi - Avvisi interni; a partire dal **25 novembre 2020**.

E' esclusa qualunque altra modalità di convocazione.

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Raffaello Stradoni



All'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE MANTOVA

Strada Lago Paiolo, 10

46100 MANTOVA

**DOMANDA RELATIVA ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI
FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO – OSTETRICO,
TECNICO E DELLA RIABILITAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare all'AVVISO INTERNO sopra indicato 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:

_____;

b) di essere dipendente di Codesta Azienda in qualità di _____

CAT. D Ds

c) di essere in possesso dei seguenti requisiti previsti dal bando:

A) Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento o Certificato di abilitazione alle funzioni Direttive;

B) Esperienza almeno triennale in categoria D/DS nel profilo di appartenenza acquisita in Aziende o enti del SSN

di presentare curriculum formativo e professionale, come da dichiarazione allegata.



Il/La sottoscritto è consapevole che:

- la convocazione al colloquio previsto dall'avviso verrà pubblicata su sito aziendale <https://www.asst-mantova.it> – Professionisti in Azienda- Lavora con noi – Avvisi interni
- 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)

**ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA
TERRITORIALE MANTOVA**

Strada Lago Paiolo, 10

46100 MANTOVA

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA
DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI
FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO - OSTETRICO,
TECNICO E DELLA RIABILITAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE.**

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 RESPONSABILITA':

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il
_____ di risiedere in _____ (_____)
C.A.P. _____

indirizzo:

_____ n.

di essere domiciliato in _____ (_____)

C.A.P.

indirizzo:

_____ n.

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



Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

A) Titolo di abilitazione

di essere in possesso del MASTER di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento, conseguito in data _____ voto: _____ della durata legale di anni _____

presso _____

con sede in _____

di essere in possesso del Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive

Conseguito in data _____ presso _____

B) Esperienza professionale triennale nel profilo di appartenenza in categoria D/DS

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

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con _____ sede _____ in _____

ULTERIORI ESPERIENZE LAVORATIVE

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

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

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

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

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 _____

dal _____ al _____.

Dichiaro che: non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

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





TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA o Titolo equipollente in _____ conseguita in data _____ con voto pari a _____ presso _____ con _____ sede _____ in _____

ALTRI TITOLI DI STUDIO (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):

TITOLO:

_____ conseguito _____ il _____ presso _____ con _____ sede _____ in _____

ulteriori informazioni:



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. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:

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. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:

PRESENZE A CORSI:

(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) - non verranno valutati i corsi antecedenti all'anno 2013

TITOLO DEL CORSO:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESEZIATO 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. _____



TITOLO DEL CORSO:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESEZIATO 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:

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



materia _____ di _____ insegnamento:

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

tipologia _____ contrattuale:

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:

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: _____

INCARICHI DI COORDINAMENTO PRECEDENTI

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:





Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

_____, li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)