Riferimento: **BANDO N. 3/2023**

Fascicolo ID 3501/23 all. 146

Data di inizio affissione 10.07.2023

AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA

Ai sensi degli artt. 28 e seguenti del C.C.N.L. del Comparto Sanità del 02.11.2022 nonché del Regolamento Aziendale sulla disciplina degli incarichi di funzione del personale dipendente del comparto approvato con deliberazione n. 821 del 04.07.2023, è indetto avviso di selezione interna per l'assegnazione dei sotto elencati incarichi di funzione organizzativa.

DENOMINAZIONE	FASCIA	IMPORTO	PROFILO	REPARTO/ SERVIZIO	N. POSTI
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Malattie Infettive - degenza, DH/MAC e Ambulatorio	2	€ 5.500	INFERMIERE	MALATTIE INFETTIVE	1
Incarico della funzione di coordinamento nel DH/MAC Ematologia, Centro Trapianti e Oncologia	2	€ 5.500	INFERMIERE	DH ONCO EMATOLOGIA	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Medicina Nucleare degenza e servizio, Radioterapia per l'attività assistenziale	2	€ 5.500	INFERMIERE	MEDICINA NUCLEARE	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione – degenza – per l'attività assistenziale	2	€ 5.500	INFERMIERE	MEDICINA RIABILITATIVA	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC di UROLOGIA e Week Surgery	2	€ 5.500	INFERMIERE	UROLOGIA E WEEK SURGERY BS	1
Incarico della funzione di coordinamento del servizio Endoscopia digestiva centralizzata	2	€ 5.500	INFERMIERE	ENDOSCOPIA CENTRALIZZA-TA BS	1
Incarico della funzione di coordinamento delle strutture di CPS, CD IPPOCRATE/LITTA, CD BESTA	2	€ 5.500	INFERMIERE	CPS IPPOCRATE	1
Incarico della funzione di coordinamento delle strutture di CPS, CD CHERASCO, CPS LIVIGNO	2	€ 5.500	INFERMIERE	CPS CHERASCO	1

Può partecipare all'avviso il personale del comparto in servizio presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano sia a tempo indeterminato che determinato, anche in posizione di comando, afferente all'Area dei professionisti della salute e dei funzionari del profilo indicato per ciascun incarico e in possesso dei seguenti

REQUISITI

- valutazioni annuali di performance individuale positive nell'ultimo biennio;
- assenza di provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni superiori alla multa;
- master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore. (Legge 43/2006, art. 6, comma 4 e 5).

L'incarico prevede il rapporto di lavoro a tempo pieno.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE
Per l'ammissione alla procedura, gli aspiranti devono presentare domanda redatta in carta semplice utilizzando l'accluso modello

entro le **ore 12,00** del giorno **24 luglio 2023**

La domanda di partecipazione dovrà essere presentata secondo una delle seguenti modalità:

• **consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo** sito al Piano Rialzato – Padiglione 6 - dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 15,30 - ore 12,00 del giorno di scadenza);

• invio della domanda e dei relativi allegati, entro i termini sopra indicati, tramite l'utilizzo della **posta elettronica certificata tradizionale (PEC), esclusivamente all'indirizzo mail:**
postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it, indicando nell'oggetto il riferimento del bando (**BANDO N. 3/2023**). La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.
L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, dovrà avvenire con una delle seguenti modalità di sottoscrizione della domanda:
- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione fronte/retro di un valido documento di identità.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni imputabile a terzi o per inesatta indicazione dell'indirizzo da parte del candidato.

Non potranno essere accettati messaggi di posta elettronica certificata aventi come contenuto un collegamento ipertestuale esterno (link), né messaggi di dimensioni superiori a 110 mb.

Alla domanda di partecipazione alla selezione, debitamente sottoscritta, gli aspiranti devono allegare quanto segue:

- fotocopia di valido documento di identità, necessaria anche al fine di poter considerare valutabile quanto autocertificato;
- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, che dimostri la specifica competenza allo svolgimento dell'incarico da conferire;
- la dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47 del D.P.R. 445/2000) relativa agli eventi formativi frequentati, attinenti alla posizione da conferire (vedi allegati C e D al bando);
- eventuali ulteriori titoli che si intendono far valere agli effetti della valutazione di merito;
- elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati.

Non potranno essere valutati titoli o elementi non presenti nella domanda.
Non è ammessa la produzione di titoli e documenti oltre il termine fissato per la presentazione della domanda.

Le domande pervenute saranno esaminate da una Commissione nominata dal Direttore Generale, che procederà alla valutazione comparativa delle domande e alla verifica del possesso dei requisiti e alla valutazione della coerenza tra i contenuti professionali richiesti per la copertura dell'incarico e quanto contenuto nel curriculum professionale dei candidati e nella documentazione prodotta.
La Commissione procederà con un colloquio teso ad approfondire attitudini, conoscenze e competenze dei candidati.
I candidati iscritti al bando concorrono per tutte le posizioni previste nello stesso. Al termine della selezione, la Commissione, a proprio insindacabile giudizio, individua il candidato da assegnare alla posizione ritenuta più idonea.
Al fine di agevolare la partecipazione, il colloquio dell'avviso in oggetto si svolgerà in modalità da remoto con l'utilizzo della piattaforma WEBEX, a partire dal giorno 27 luglio 2023.

I candidati ammessi a sostenere il colloquio sono pertanto invitati a scaricare sul proprio dispositivo elettronico (pc, tablet, smartphone dotato di webcam e microfono) **l'applicativo WEBEX.**

La partecipazione al colloquio, **nel giorno ed all'orario di convocazione indicati nel calendario che verrà pubblicato in tempo utile sulla Intranet aziendale**, avverrà accedendo al **link** che sarà inviato a ciascun candidato con apposita comunicazione via email, all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla domanda di partecipazione alla procedura.
Il candidato dovrà mostrare un documento d'identità in corso di validità.

La mancata connessione nel giorno ed all'orario stabilito per l'espletamento del colloquio, qualunque ne sia la causa anche se indipendente dalla volontà del candidato, equivarrà a rinuncia alla procedura.

I candidati sono invitati a monitorare costantemente la Intranet Aziendale (Info dal personale) per prendere visione degli avvisi e aggiornamenti che saranno pubblicati quali uniche notifiche inerenti lo svolgimento della procedura.

La Commissione procederà all'individuazione del candidato idoneo al conferimento dell'incarico con scelta motivata, tenendo conto:

- dell'esperienza professionale maturata;
- dei titoli di studio posseduti, compresi altri titoli culturali e professionali;
- dei percorsi formativi, nonché corsi di aggiornamento e qualificazione professionale;

- della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- dei requisiti culturali posseduti dai candidati, secondo le relative aree;
- delle attitudini e della capacità professionale, con particolare riguardo a:
  - curriculum formativo e professionale che dimostri la specifica competenza a svolgere i compiti connessi all'incarico di funzione da conferire;
  - esperienza precedentemente acquisita nel settore specifico o nello svolgimento delle attività relative all'incarico da conferire;
- valutazioni annuali nell'ultimo biennio.

La Commissione terminerà i propri lavori rassegnando alla Direzione Strategica un verbale contenente la proposta di assegnazione dell'incarico: non si darà luogo a graduatoria, salvo quanto previsto al punto 10 del Regolamento aziendale in materia.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, senza che gli aspiranti possano vantare pretese o diritti di sorta.

L'incarico di funzione è a termine e viene attribuito per la durata di cinque anni, fatto salvo quanto previsto dall'art. 12 del Regolamento aziendale, a decorrere dalla data di conferimento stabilita dall'Azienda in relazione alla disponibilità dell'incarico. Per i rapporti a tempo determinato e per il personale in comando la durata corrisponde a quella del rapporto di lavoro.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si rinvia al Regolamento aziendale sulla disciplina degli incarichi di funzione del personale dipendente del comparto nonché alla normativa vigente.

Per eventuali chiarimenti o informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'Ufficio Sviluppo risorse umane dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano situato nell'Area Sud – padiglione 6 – 1° piano – tel. 02/6444.4539.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016:

"I dati personali forniti dai candidati con la domanda di partecipazione all'avviso, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale procedimento di conferimento del progetto di coordinamento di cui trattasi nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza di cui al Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo".

Milano, 10.07.2023

F.to Il Direttore
SC Risorse umane e Relazioni sindacali
Patrizia Alberti

Spettabile
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali
Piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 Milano

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

nato/a a _____ (prov. di_____) il _____

residente a _____ (prov. di_____) cap _____

via _____n. _____ recapito telefonico _____

in servizio presso la struttura _____tel. interno _____

indirizzo e-mail per la partecipazione al colloquio e per eventuali comunicazioni: _____

_____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'AVVISO INTERNO DENOMINATO BANDO N. 3/2023, RELATIVO AI SEGUENTI INCARICHI:

DENOMINAZIONE	**FASCIA**	**IMPORTO**	**PROFILO**	**REPARTO/ SERVIZIO**	**N. POSTI**
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Malattie Infettive - degenza, DH/MAC e Ambulatorio	2	€ 5.500	INFERMIERE	MALATTIE INFETTIVE	1
Incarico della funzione di coordinamento nel DH/MAC Ematologia, Centro Trapianti e Oncologia	2	€ 5.500	INFERMIERE	DH ONCO EMATOLOGIA	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Medicina Nucleare degenza e servizio, Radioterapia per l'attività assistenziale	2	€ 5.500	INFERMIERE	MEDICINA NUCLEARE	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione – degenza – per l'attività assistenziale	2	€ 5.500	INFERMIERE	MEDICINA RIABILITATIVA	1
Incarico della funzione di coordinamento nella SC di UROLOGIA e Week Surgery	2	€ 5.500	INFERMIERE	UROLOGIA E WEEK SURGERY BS	1
Incarico della funzione di coordinamento del servizio Endoscopia digestiva centralizzata	2	€ 5.500	INFERMIERE	ENDOSCOPIA CENTRALIZZA -TA BS	1

Incarico della funzione di coordinamento delle strutture di CPS, CD IPPOCRATE/LITTA, CD BESTA	2	€ 5.500	INFERMIERE	CPS IPPOCRATE	1
Incarico della funzione di coordinamento delle strutture di CPS, CD CHERASCO, CPS LIVIGNO	2	€ 5.500	INFERMIERE	CPS CHERASCO	1

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

☐ di essere in servizio presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, inquadrato nell'Area dei professionisti della salute e dei funzionari, come segue:

a tempo:_____ (specificare se: indeterminato/determinato/comando);

profilo professionale _____

ruolo _____ a tempo pieno/parziale _____ (in caso di tempo parziale indicare la percentuale): _____ assegnato alla struttura complessa/servizio _____

tipologia di attività svolta (con particolare riferimento ai compiti connessi all'incarico da conferire)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e abilitazioni professionali:

-_____

conseguito presso_____ il _____

-_____

conseguito presso_____ il _____

-_____

conseguito presso_____ il _____

☐ di aver prestato i seguenti ulteriori servizi presso pubbliche amministrazioni:

a) P.A._____

indirizzo _____ periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale _____

categoria/livello _____ Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale):_____

Tempo determinato /indeterminato _____

Tipologia di attività _____

_____

b) P.A._____

indirizzo _____ periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale _____

categoria/livello _____ Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale):_____

Tempo determinato /indeterminato _____

Tipologia di attività _____

_____

☐ di aver prestato i seguenti ulteriori servizi presso ospedali privati accreditati o presso Università pubbliche e private dei Paesi dell'Unione Europea:

a) presso _____ indirizzo _____

periodo: dal _____ al _____

Profilo professionale _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale) _____

Tempo determinato/indeterminato_____

tipologia di attività _____

_____

_____

_____

☐ di avere maturato le seguenti ulteriori esperienze lavorative:

a) presso _____ indirizzo _____

periodo: dal _____ al _____

qualifica _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale) _____

natura giuridica rapporto di lavoro (dipendente, libera professione, collaborazione, progetto, ecc.) _____

tipologia di attività _____

_____

b) presso _____ indirizzo _____

periodo: dal _____ al _____

qualifica _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale) _____

natura giuridica rapporto di lavoro (dipendente, libera professione, collaborazione, progetto, ecc.) _____

tipologia di attività _____

_____

☐ di non aver subito provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni superiori alla multa;

☐ di aver fruito di aspettativa senza assegni:

-dal _____ al _____ per motivi _____

-dal _____ al _____ per motivi _____

☐ di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unita dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato C);

☐ di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore, di cui all'unita dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato D);

☐ di **allegare** le pubblicazioni di cui all'unita dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato E).

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili, ai sensi e per gli effetti del DPR 445 del 28.12.2000, dichiara che quanto riportato nel curriculum formativo e professionale allegato alla presente domanda è corrispondente al vero.
Dichiara inoltre di accettare, senza riserve, le condizioni contenute nel suddetto bando nonché le norme regolamentari in vigore presso questa Azienda.
Esprime altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 679/2016.

Data, _____ Firma _____

ALLEGATO C)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
EVENTI FORMATIVI FREQUENTATI, attinenti al profilo.
In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a …….....

nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver partecipato ai seguenti eventi formativi:

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/….

□ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/….

□ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/….

□ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ con superamento di esame finale, con il punteggio di ……/….

□ il corso non prevedeva il superamento di un esame finale.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO D)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
EVENTI FORMATIVI – IN QUALITA' DI DOCENTE/RELATORE.
In caso di più eventi fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a …….....

nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver partecipato ai seguenti eventi formativi:

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ attività di docente/relatore per n. ore ……

- Tipo di evento formativo (convegno, congresso, seminario, workshop …): ……

Denominazione: …….

Organizzato da: …….

Sede dell'evento: …….

Durata: dal …… al …….

□ attività di docente/relatore per n. ore ……

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

ALLEGATO E)
ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI, attinenti al profilo.

Il/La sottoscritto/a …….....

nato/a a ……..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara la seguente produzione scientifica:

(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)

1. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....……. ……

Titolo: ……...…….

Autori……. ……..

Editore/rivista…….

Data di pubblicazione: ……. ……

2. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....……. ……

Titolo: ……...…….

Autori……. ……..

Editore/rivista…….

Data di pubblicazione: ……. ……

3. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....……. ……

Titolo: ……...…….

Autori……. ……..

Editore/rivista…….

Data di pubblicazione: ……. ……

4. Tipologia (pubblicazione, capitolo di libro, abstract, poster, atto di congresso):

.....……. ……

Titolo: ……...…….

Autori……. ……..

Editore/rivista…….

Data di pubblicazione: ……. ……

Dichiara altresì, che **le copie dei documenti allegati alla presente istanza, sono conformi agli originali in suo possesso**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____