Fascicolo ID 2483/2022 all. 8/5

Scadenza ore 12,00 del 4/02/2022

AVVISO INTERNO
PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO DI GESTIONE

Questa Amministrazione, in relazione alle proprie esigenze organizzative, emette avviso interno, ai sensi dell'art. 71 del CCNL 17.12.2020 – Area delle Funzioni Locali, per il conferimento dell'incarico dirigenziale di durata quinquennale di:

DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO DI GESTIONE

Tipologia dell'incarico:	Incarico dirigenziale di cui all'art. 70, comma 1 lett. a) del CCNL 17.12.2020 - Area delle Funzioni Locali – III Sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali.
Durata dell'incarico:	5 anni
Requisiti per la partecipazione:	Essere inquadrato nel profilo di dirigente amministrativo a tempo indeterminato o determinato presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano ed avere un'esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni, maturati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, nonché con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dell'Unione Europea, prestati con o senza soluzione di continuità.

Modalità e termine di presentazione delle domande:
Per l'ammissione, i candidati devono presentare domanda redatta in carta semplice e sottoscritta a pena di esclusione, come da accluso modello, all'Ufficio Protocollo dell'Azienda - situato nell'Area Sud – padiglione 6 – piano terra – **entro:**

le ore 12.00

del giorno 4 febbraio 2022

Alla domanda di partecipazione alla selezione i candidati devono allegare i seguenti documenti:
- fotocopia di valido documento di identità (allegato A);
- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, redatto in forma di autocertificazione a norma dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, che dimostri il possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione ed i titoli posseduti o che si intendono far valere agli effetti della valutazione di merito (allegato B);
- un elenco in carta semplice degli eventuali documenti e titoli presentati.

Non sarà presa in considerazione eventuale documentazione integrativa pervenuta oltre i termini di presentazione prescritti dal presente avviso.

Le domande pervenute saranno esaminate da un'apposita commissione, così composta:

Presidente: direttore amministrativo aziendale o suo delegato;
Componenti: direttore SC Risorse Umane e Relazioni Sindacali ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda;
un direttore di SC Controllo di Gestione di altra ASST del Sistema Socio Sanitario Lombardo;
Segretario: un dipendente amministrativo della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

La commissione procederà alla valutazione delle domande pervenute e della documentazione prodotta in allegato alle stesse, eventualmente anche integrata con l'esame del fascicolo personale dei candidati e con un colloquio.

La commissione procederà all'individuazione del candidato idoneo al conferimento dell'incarico, motivandone la scelta, tenendo conto dei sotto indicati criteri:

- valutazioni del Collegio tecnico ai sensi dell'art. 76, comma 2, del CCNL 17.12.2020 - Area delle Funzioni Locali – III Sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali;
- profilo di appartenenza;
- possesso di un curriculum formativo e professionale che dimostri attitudini, competenze e capacità professionali a svolgere i compiti connessi all'incarico da conferire, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nelle materie oggetto dell'incarico che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti. In particolare sarà valutata la competenza nella gestione del processo di budget e dei principali flussi informativi inerenti all'attività sanitaria, nella funzione di supporto per la formulazione di piani e programmi aziendali per la valutazione dell'andamento gestionale e nella raccolta ed elaborazione dei dati necessari per la contabilità direzionale;
- risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale;
- capacità gestionali, con particolare riguardo al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

Completata la valutazione, la commissione presenterà la proposta di conferimento dell'incarico di struttura complessa al Direttore Generale. Non si darà luogo a graduatoria.

L'incarico sarà conferito, con provvedimento scritto e motivato, dal Direttore Generale.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento alle disposizioni normative, contrattuali e regolamentari in vigore.

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

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'ufficio sviluppo risorse umane dell'Azienda – tel. 02-6444.4539.

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, 28/01/2022

Il Direttore
S.C. Risorse umane e relazioni sindacali
Patrizia Alberti

(esente da bollo a sensi dell'art.40 D.P.R. 26.10.1972, n. 642)

Spettabile
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 MILANO

Il/La sottoscritto/a_____ matricola _____

nato/a a _____ (prov. di_____)

il _____ recapito telefonico_____

in servizio presso la struttura _____

tel. interno _____ indirizzo e-mail aziendale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di posizione dirigenziale di durata quinquennale di

direttore della Struttura Complessa Controllo di Gestione,

di cui all'art. 70, comma 1, lett. a) del CCNL 17.12.2020 – Area delle Funzioni Locali – III Sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici, Professionali.

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, come segue:

profilo professionale _____

ruolo _____ assegnato alla struttura complessa/servizio _____ con il seguente incarico di posizione dirigenziale _____

☐ di non essere stato sottoposto a provvedimenti disciplinari, nel corso degli ultimi due anni;

☐ di essere in possesso dei seguenti titolo di studio/abilitazioni professionali:

- _____
  conseguito presso_____ il _____
- _____
  conseguito presso_____ il _____

☐ di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di pubbliche amministrazioni:

a) P.A.: _____
   Indirizzo: _____
   periodo: dal _____ al _____
   Profilo Professionale: _____
   Ruolo: _____ (amministrativo/tecnico/professionale)
   Incarico dirigenziale: _____
   Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale): _____
   Tempo determinato /indeterminato: _____
   categoria/livello _____ qualifica _____ (se qualifica non dirigenziale)
   struttura di assegnazione: _____

tipologia di attività svolta: _____

_____

_____

_____

_____

b) P.A.: _____

Indirizzo: _____

periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale: _____

Ruolo: _____ (amministrativo/tecnico/professionale)

Incarico dirigenziale: _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale): _____

Tempo determinato /indeterminato: _____

categoria/livello _____ qualifica _____ (se qualifica non dirigenziale)

struttura di assegnazione: _____

tipologia di attività svolta: _____

_____

_____

_____

c) P.A.: _____

Indirizzo: _____

periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale: _____

Ruolo: _____ (amministrativo/tecnico/professionale)

Incarico dirigenziale: _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale): _____

Tempo determinato /indeterminato: _____

categoria/livello _____ qualifica _____ (se qualifica non dirigenziale)

struttura di assegnazione: _____

tipologia di attività svolta: _____

_____

_____

☐ 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 (subordinato, 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 (subordinato, libera professione, collaborazione, progetto, ecc.)

_____

tipologia di attività _____

_____

_____

☐ di aver fruito di aspettativa senza assegni

-dal _____ al _____ per motivi _____

-dal _____ al _____ per motivi _____

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

☐ di aver partecipato come docente o relatore agli eventi formativi attinenti al profilo, 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).

☐ che ogni comunicazione relativa all'avviso venga fatta presso la sede di servizio, come segue:

S.C. _____ Padiglione _____ piano ____ e/o

presso l'indirizzo e-mail _____

ovvero al seguente recapito mail (indicare indirizzo mail alternativo solo in caso di inaccessibilità del recapito mail aziendale) _____

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.

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

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, nel quinquennio antecedente al bando
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 – nel quinquennio antecedente al band
In caso di più eventi, fotocopiare più volte il presente allegato.

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... consapevole delle sanzioni penali, nel cas 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, nel quinquennio antecedente al bando

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 **(da allegare in copia)**:

(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 delle pubblicazioni allegate 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 _____