Scadenza ore 12,00 del 22 gennaio 2024

AVVISO INTERNO
PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO SOSTITUTIVO
DI DIREZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA RISORSE FINANZIARIE

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:

DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA
RISORSE FINANZIARIE

Tipologia dell'incarico:	Incarico dirigenziale di cui all'art. 70, comma 1, lettera a) del CCNL 17.12.2020 – Area delle Funzioni Locali.
Profilo professionale:	Dirigente
Ruolo:	Amministrativo
Durata dell'incarico:	L'incarico dirigenziale è conferito, ai sensi dell'art. 73, commi 5 e 6, del CCNL 17.12.2020, in via sostitutiva dalla data di decorrenza dell'incarico sino al termine dell'aspettativa concessa al titolare del posto, previsto per il 31.12.2026.
Requisiti per la partecipazione:	Essere inquadrato nel profilo di dirigente amministrativo a tempo indeterminato o determinato presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

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 22 gennaio 2024

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 della SC Controllo di Gestione dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda; Direttore della SC Risorse Umane e Relazioni sindacali dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda;
Segretario:	un dipendente amministrativo della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali

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 sottoindicati criteri:

- 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 in materia di principi e norme contabili, bilanci e rendicontazioni finanziarie e adempimenti fiscali, gestione di budget e monitoraggio dell'andamento della spesa e dei ricavi in relazione agli obiettivi;
- 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 e con interlocutori esterni;
- positive valutazioni annuali della performance individuale.

Completata la valutazione, la commissione presenterà la proposta di conferimento dell'incarico dirigenziale di direzione di struttura complessa a tempo determinato alla Direzione aziendale.
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 rinvia al Regolamento aziendale inerente al sistema di graduazione delle posizioni dirigenziali e al conferimento, modifica, valutazione e revoca degli incarichi della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa nonché alla normativa vigente.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone notizia agli eventuali interessati, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di interesse aziendale.

Per eventuali chiarimenti e informazioni i candidati potranno rivolgersi all'ufficio sviluppo risorse umane dell'Azienda all'indirizzo svilupporu-list@ospedaleniguarda.it.

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 dell'incarico 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, 11/01/2024

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 _____ recapito telefonico _____

in servizio presso la struttura _____

tel. interno _____indirizzo e-mail aziendale_____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'avviso interno per il conferimento dell'incarico dirigenziale sostitutivo a tempo determinato di:

direttore della struttura complessa Risorse Finanziarie

di cui all'art. 70, comma 1, lett. a) del CCNL 17.12.2020 – Area delle Funzioni Locali.

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 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 presso 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 esperienze lavorative:

a) presso _____ indirizzo _____
periodo: dal _____ al _____
qualifica _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale) _____

natura giuridica rapporto di lavoro (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 (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 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).

☐ 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 aziendale _____

ovvero al seguente recapito e-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 30.06.2003 n. 196 e del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del sulla C.D. "privacy".

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 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 …….....……
□ 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 **(<u>da allegare in copia</u>)**:

<u>(riportare la relativa numerazione anche sulla fotocopia allegata)</u>

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 _____