

## BANDO B/2022

Fascicolo ID 2529/2022 all. 19/5

Data di inizio affissione 23.02.2022

### AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE PER LA SC PROTESICA E INTEGRATIVA

Ai sensi dell'art. 14 e seguenti del C.C.N.L. 21.05.2018 Area Comparto Sanità nonché del Regolamento Aziendale sulla disciplina degli incarichi di funzione del personale dipendente del comparto approvato con deliberazione n. 434 del 29.04.2019, è indetto avviso di selezione interna per l'assegnazione del sotto elencato incarico di organizzazione, il cui profilo, contenente anche i requisiti di accesso, è dettagliato nella scheda allegata al presente avviso, individuata con il numero 1/B, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

L'incarico in parola è attribuito in via temporanea in relazione al POAS vigente, come modificato con deliberazione n. 847 del 20.07.2021, e potrà essere modificato o soppresso con il nuovo POAS. L'incarico, se confermato con il nuovo POAS, avrà durata quinquennale, secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale:

#### AREA ATP

N. Scheda incarico	denominazione	profilo professionale	fascia	importo annuo lordo
1 / B	Responsabile amministrativo del settore fatture della SC Protesica e Integrativa	Collaboratore amministrativo professionale	Fascia 1	€ 3.500

Possono partecipare all'avviso i dipendenti in servizio presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e collocati nella categoria D o categoria D – livello DS – del profilo indicato.

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

Si richiama, in proposito, quanto specificato nel Regolamento aziendale sulla disciplina degli incarichi di funzione del personale dipendente del comparto pubblicato sulla intranet aziendale.

#### PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

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

all'Ufficio Protocollo dell'Azienda - situato nell'Area Sud – padiglione 6 - piano terra –  
entro le **ore 12,00** del giorno **10 marzo 2022**

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 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 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 potrà anche avvalersi di un colloquio, al quale i candidati saranno convocati mediante mail.

La Commissione procederà all'individuazione del candidato idoneo al conferimento dell'incarico con scelta motivata all'interno dei seguenti criteri:

- natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- requisiti culturali posseduti dai candidati, tenuto conto delle indicazioni di cui agli artt. 16 e 17 del CCNL 21.5.2018 per le relative aree;
- attitudini e 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 triennio.

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.

In assenza di candidati idonei, la Direzione Strategica valuterà l'opportunità di reiterare l'avviso.

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.

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

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, 23.02.2022

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

## BANDO B/2022 INCARICO 1 / B

### SCHEMA DESCRITTIVA DI INCARICO DI ORGANIZZAZIONE

<b>Denominazione dell'incarico:</b>	Responsabile amministrativo del settore fatture della SC Protesica e Integrativa
<b>Struttura nell'ambito della quale è previsto l'incarico:</b>	SC Protesica e Integrativa
<b>Proposta pesatura dell'incarico:</b>	Fascia 1 con pesatura 45
<b>Funzioni connesse all'affidamento dell'incarico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamento del personale addetto al controllo delle fatture di protesica</li> <li>- Estrazione, controllo ed elaborazione degli ordini e delle fatture di protesica dai sw dedicati</li> <li>- Rapporti con i fornitori di protesica in materia di fatturazione e del percorso delle pratiche on-line</li> <li>- Rapporti con gli operatori territoriali dei servizi protesici</li> <li>- Collaborazione con SC Approvvigionamenti per la predisposizione del fabbisogno necessario agli atti di gara</li> <li>- Collaborazione con la SC Risorse Finanziarie per la verifica periodica del budget e della liquidazione delle fatture</li> <li>- Collaborazione con il Direttore di Struttura al fine del monitoraggio della spesa protesica e del raggiungimento degli obiettivi di budget</li> </ul>
<b>Conoscenze, capacità, competenze richieste:</b>	Competenza ed esperienza nel settore, con particolare riferimento al sistema informatico aziendale di gestione del magazzino (ordini, documenti di trasporto e fatture); attitudine e competenza nella gestione delle attività che verranno assegnate; capacità di coordinamento del personale; attitudine all'innovazione per il miglioramento continuo dell'attività prestata e all'aggiornamento nel settore di riferimento.
<b>Requisiti richiesti:</b>	<p>PROFILO: Collaboratore amministrativo professionale</p> <p>Possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza ed in categoria D</p>

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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a all'AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DEL SEGUENTE INCARICO DI ORGANIZZAZIONE:**

1 / B Responsabile amministrativo del settore fatture della SC Protesica e Integrativa

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 a tempo indeterminato presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, come segue:

profilo professionale \_\_\_\_\_  
categoria/liv. \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_ a tempo pieno/parziale  
\_\_\_\_\_ (in caso di tempo parziale indicare la percentuale) \_\_\_\_\_  
assegnato alla struttura complessa/servizio \_\_\_\_\_

tipologia di attività (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 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 (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'unità 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'unità dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato D);
- di allegare le pubblicazioni di cui all'unità 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 \_\_\_\_\_