

**AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICO DI ORGANIZZAZIONE PER:****DIREZIONE SOCIO SANITARIA**

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, che si renderà vacante dal 1.1.2020, è indetto avviso di selezione interna per l'assegnazione del sotto indicato incarico di organizzazione, il cui profilo, contenente anche i requisiti di accesso, è dettagliato nella scheda allegata al presente avviso, di cui forma parte integrante e sostanziale:

**AREA SOCIO SANITARIA**

<b>N. Scheda incarico</b>	<b>denominazione</b>	<b>profilo professionale</b>	<b>fascia</b>	<b>importo annuo lordo</b>
1	Incaricato della funzione di coordinamento per i percorsi di miglioramento delle dimissioni - Centro Dimissioni Aziendale	INFERMIERE	Fascia 3	€ 5.000

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 per ciascun incarico.

L'incarico di cui trattasi 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 **07.01.2020**

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.

L'incarico è conferito mediante deliberazione e viene attribuito a termine per la durata di cinque anni a decorrere dalla data di conferimento, fatto salvo quanto previsto dal Regolamento aziendale sulla disciplina degli incarichi di funzione del personale dipendente del comparto in materia di Modifica e Revoca

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si rinvia al Regolamento aziendale in materia.

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, 20 DIC. 2019

Il Direttore generale  
Marco Bosio



**BANDO ATTI 103/19 all. 146 - INCARICO 1****SCHEDA DESCRITTIVA DI INCARICO DI ORGANIZZAZIONE**

<b>Denominazione dell'incarico:</b>	Incaricato della funzione di coordinamento per i percorsi di miglioramento delle dimissioni - Centro Dimissioni Aziendale
<b>Pesatura dell'incarico:</b>	Fascia 3 con pesatura pari a 80
<b>Funzioni connesse all'affidamento dell'incarico:</b>	Coordinamento delle attività sanitarie pertinenti al processo dalla dimissione, del personale assegnato al Centro, delle risorse materiali e strumentali garantendo il raccordo programmatico e organizzativo con le strutture aziendali presenti nei percorsi nei quali la struttura è coinvolta.
<b>Conoscenze, capacità, competenze richieste:</b>	Conoscenze assistenziali e organizzative per l'ambito aziendale di riferimento; capacità gestionali nella conduzione dell'attività dei collaboratori e relazionali appropriate per la comunicazione con le strutture aziendali e extra aziendali; competenze per la conduzione di iniziative rivolte al miglioramento continuo dell'attività prestata e all'attuazione di innovazione scientifica e culturale congruente agli indirizzi aziendali.
<b>Requisiti richiesti:</b>	<p>PROFILO: INFERMIERE</p> <p>Requisiti disciplinati dalla Legge 43/2006, art. 6, comma 4 e 5, e precisamente:</p> <p>a) 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;</p> <p>b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.</p> <p>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.</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:**

**INCARICATO DELLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO PER I PERCORSI DI MIGLIORAMENTO DELLE DIMISSIONI - CENTRO DIMISSIONI AZIENDALE**

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 \_\_\_\_\_