



**"AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI"  
NAPOLI**

Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI - Tel. 081/7061111  
P.I. e C.F. 06798201213

Direzione Generale  
Prot. n. del

**AVVISO**

*di*

***sostituzione di Direttore dell'U.O.C. Dialisi con complicazioni cardiopneumologiche.***

Si rende noto al personale dirigenziale afferente all'area medica in servizio presso l'U.O.C. Dialisi con complicazioni cardiopneumologiche presso l'Ospedale Monaldi che è indetta procedura per l'affidamento della sostituzione del Direttore dell'U.O.C. in parola per il tempo occorrente per l'espletamento della procedura concorsuale da bandire per la copertura del posto vacante, nel rispetto comunque dei termini indicati dal comma 4, ultimo periodo, del precitato art. 18 CCNL di riferimento.

All'uopo si invita il personale interessato, in possesso dei precitati requisiti, a produrre all'attenzione del Direttore Sanitario, presso il protocollo generale, entro e non oltre il decimo giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale nella sezione Concorsi, pena l'esclusione, formale domanda di partecipazione all'Avviso de quo, redatta in carta semplice e sottoscritta senza l'autenticazione della firma, anche mediante l'ausilio dell'allegato schema esemplificativo, con l'indicazione di quanto qui di seguito prescritto, unitamente a fotocopia non autenticata della carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità, recante data e firma:

- cognome e nome, data e luogo di nascita, residenza e codice fiscale;
- servizio/settore di assegnazione
- tipologia di rapporto di lavoro, qualifica, disciplina ed eventuale incarico dirigenziale rivestito;
- servizi prestati anche presso eventuali altre Amministrazioni con la precisazione del rapporto di lavoro, della qualifica rivestita, della disciplina e dell'incarico ricoperto nonché della causa di risoluzione;
- anzianità complessiva di servizio maturata;
- curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- ogni altra certificazione relativa a titoli che il candidato ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione.



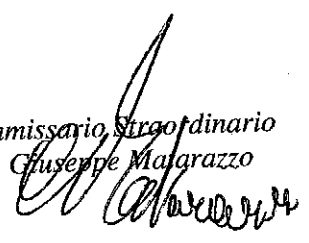
**“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”  
NAPOLI**

Via L. Bianchi – 80131 NAPOLI – Tel. 081/7061111  
P.I. e C.F. 06798201213

Si rappresenta, infine, che l'accertamento del possesso dei requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di che trattasi nonché la valutazione delle istanze prodotte sarà espletata da apposita Commissione di esperti, da nominare alla scadenza del termine di presentazione delle domande di ammissione, sulla scorta dei criteri prescritti dalla precitata norma contrattuale e confermati dal vigente regolamento aziendale per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali, qui di seguito riprodotti:

- a) titolarità in capo al candidato di incarico di struttura semplice ovvero di alta specializzazione;
- b) valutazione comparata del curriculum prodotto dai dirigenti interessati.

*Il Commissario Straordinario  
Dr. Giuseppe Margrazzo*



*Settore Trattamento Giuridico  
Gestione Risorse Umane*



**"AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI"  
NAPOLI**

Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI - Tel. 081/7061111  
P.I. e C.F. 06798201213

**FAC SIMILE ALLEGATO A - Schema esemplificativo di domanda da produrre in carta semplice**

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli  
Via Leonardo Bianchi  
80131 Napoli

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

chiede

di essere ammesso all'Avviso di sostituzione del Direttore dell'U.O.C. \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e di essere residente in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_;
- di essere in servizio presso codesta Azienda con rapporto di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_, qualifica di \_\_\_\_\_ e disciplina \_\_\_\_\_, con incarico dirigenziale di \_\_\_\_\_;
- di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze delle seguenti Pubbliche Amministrazioni, compresa l'attuale Azienda:  
Ente/P.A. \_\_\_\_\_;  
Periodo (giorno, mese, anno) \_\_\_\_\_;  
qualifica, disciplina ed incarichi ricoperti \_\_\_\_\_;  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ indicando l'eventuale causa di risoluzione dei precedenti rapporti;
- di aver maturato un'anzianità complessiva di servizio di anni, mesi, giorni \_\_\_\_\_;

Allega alla presente:

- curriculum professionale;
- n. \_\_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutiva di certificazione;
- n. \_\_\_\_\_ titoli e documenti;
- copia fotostatica fronte/retro di documento di identità datata e firmata.

Luogo e data

Firma per esteso (non autenticata)



**"AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI"  
NAPOLI**

Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI - Tel. 081/7061111  
P.I. e C.F. 06798201213

**FAC SIMILE ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_) alla Via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle responsabilità penali e  
della possibilità di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, cui può incorrere in caso di  
dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai  
sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di aver prestato servizio alle dipendenze

☐ Pubblica Amministrazione

☐ Privati

- Denominazione \_\_\_\_\_
- Indirizzo \_\_\_\_\_
- Qualifica \_\_\_\_\_
- Disciplina \_\_\_\_\_
- Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Tipologia rapporto / incarico \_\_\_\_\_
- Ore settimanali \_\_\_\_\_
- Eventuale periodo aspettativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Motivi di eventuale cessazione \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_