

RELATA di PUBBLICAZIONE sul SITO WEB AZIENDALE

Si certifica che il presente Bando di Avviso Pubblico é stato pubblicato sul sito web aziendale www.ospedalideicolli.it in data 17/07/2019 e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi; pertanto, la scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione è fissata per il giorno 01/08/2019.

IL CERTIFICATORE

*Il Funzionario Amministrativo
Responsabile del procedimento
- Dott.sa Concetta Iasevoli -*

Bando di Avviso Pubblico

per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di 38 ore settimanali della durata di mesi dodici rinnovabili per altri 12 per n.1 Data Manager per la realizzazione delle attività legate al “Progetto Centro Trapianti” con le seguenti caratteristiche:

- ✓ Diploma di Laurea Magistrale appartenente alla classe LM-13 ex DM 270/2004;
 - ✓ Comprovata esperienza da almeno due anni nell’ambito del Data Management in Aziende operanti nei settori Healthcare e Pharmaceutical;
 - ✓ Comprovata conoscenza della lingua inglese parlata e scritta certificata da un ente riconosciuto dal MIUR con un livello minimo di B2 (CEFR level);
 - ✓ Comprovate competenze informatiche (certificazioni/e: ECDL o EIPASS o PETIK o EUCIP o IC3 o MOUS o CISCO ovvero titoli equipollenti);
 - ✓ Conoscenza delle norme riguardanti la sicurezza informatica e la privacy dei dati sanitari;
 - ✓ Capacità di coordinare differenti figure coinvolte;
 - ✓ Assistenza nella programmazione e gestione delle procedure previste per i pazienti arruolati.
- I seguenti costituiscono titoli preferenziali:
- ✓ Master di secondo livello in “Management Sanitario”;

- ✓ Conoscenza dei percorsi organizzativi e assistenziali relativi alla gestione del paziente;
- ✓ Certificazione informatica nell’ambito della sanità digitale;
- ✓ Certificazione informatica nell’ambito della Pubblica Amministrazione.

In esecuzione della deliberazione n. 458 del 15/07/2019 è indetto Avviso Pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato con un impegno orario di 38 ore settimanali della durata di mesi dodici rinnovabili per altri 12 per n.1 Data Manager per la realizzazione delle attività legate al “Progetto Centro Trapianti”.

Il conferimento dell’incarico instaura con l’Azienda Ospedaliera il solo rapporto di collaborazione professionale con impegno di 38 ore settimanali e una retribuzione di euro € 35.000,00 (trentacinquemila/00) annui, cui si aggiungono gli oneri riflessi (IRAP con aliquota dell’8.5% sul compenso);

L’espletamento dell’incarico di collaborazione professionale a tempo determinato comporta la totale incompatibilità con lo svolgimento di altre attività retribuite.

Possono partecipare all’Avviso Pubblico per Selezione i candidati che sono in possesso dei seguenti requisiti:

REQUISITI DI AMMISSIONE

- ✓ Cittadinanza Italiana. Sono equiparati ai cittadini italiani, gli italiani non appartenenti alla Repubblica. Per i cittadini degli Stati membri della Comunità Europea si applicano le disposizioni di cui all’art. 38 del D.Lgvo n. 165/2001;
- ✓ Idoneità fisica specifica alle funzioni da assolvere. L’accertamento dell’idoneità fisica alle funzioni da assolvere è effettuato a cura dell’Azienda Ospedaliera, prima dell’immissione in servizio, con l’osservanza delle norme in tema di categoria protetta. Il personale dipendente da Pubbliche Amministrazioni o Aziende/Istituti del Servizio Sanitario Nazionale è dispensato dalle visite mediche.
- ✓ Diploma di Laurea Magistrale appartenente alla classe LM-13 ex DM 270/2004;
- ✓ Comprovata esperienza da almeno due anni nell’ambito del Data Management in Aziende operanti nei settori Healthcare e Pharmaceutical;
- ✓ Comprovata conoscenza della lingua inglese parlata e scritta certificata da un ente riconosciuto dal MIUR con un livello minimo di B2 (CEFR level);
- ✓ Comprovate competenze informatiche (certificazioni/e: ECDL o EIPASS o PETIK o EUCIP o IC3 o MOUS o CISCO ovvero titoli equipollenti);
- ✓ Conoscenza delle norme riguardanti la sicurezza informatica e la privacy dei dati sanitari;
- ✓ Capacità di coordinare differenti figure coinvolte;

- ✓ Assistenza nella programmazione e gestione delle procedure previste per i pazienti arruolati.

I seguenti costituiscono titoli preferenziali:

- ✓ Master di secondo livello in “Management Sanitario”;
- ✓ Conoscenza dei percorsi organizzativi e assistenziali relativi alla gestione del paziente;
- ✓ Certificazione informatica nell’ambito della sanità digitale;
- ✓ Certificazione informatica nell’ambito della Pubblica Amministrazione.

Non possono accedere all’incarico coloro che siano stati esclusi dall’elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione a seguito di inizio di detto rapporto mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza stabilita dal presente bando per la presentazione delle istanze di partecipazione.

MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE E TERMINI DI SCADENZA

- La domanda di ammissione e la documentazione ad essa allegata deve essere indirizzata al Commissario Straordinario dell’Azienda Ospedaliera dei Colli “Monaldi – Cotugno – CTO” Via Leonardo Bianchi -80131 Napoli, in plico chiuso per posta mediante raccomandata – con avviso di ricevimento – a mezzo del Servizio Poste Italiane o società accreditate, oppure consegnata a mano presso la sede legale dell’Azienda Ospedaliera Via Leonardo Bianchi – 80131 Napoli – Ufficio Protocollo Generale – dal Lunedì al Venerdì, feriali, dalle ore 09.00 alle ore 15.00.
Sul plico deve essere indicato: Cognome, Nome e domicilio del candidato, l’avviso al quale il candidato partecipa.
- La domanda di partecipazione, con la relativa documentazione allegata, deve pervenire, con le modalità di cui sopra, pena l’esclusione dalle procedure di selezione, entro il quindicesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul sito web dell’Azienda Ospedaliera dei Colli www.ospedaldeicolli.it – alla voce concorsi e borse di studio.
- Qualora il giorno di scadenza sia festivo e/o non lavorativo il termine è prorogato al primo giorno successivo lavorativo.
- La domanda e la documentazione ad essa acclusa, inviata per posta con le modalità di cui sopra, si considera prodotta entro il termine prefissato qualora risulti spedita entro il termine di scadenza sopra stabilito; pertanto farà fede il timbro a data dell’ufficio postale accettante. Non saranno, pertanto, ammessi quei candidati le cui domande perverranno oltre il termine di scadenza del bando per qualsiasi altra causa, non esclusi la forza maggiore o il fatto di terzi.

- L’Azienda Ospedaliera declina ogni responsabilità per dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo rispetto a quello indicato dallo stesso nella domanda di partecipazione, ancorché per eventuali disguidi postali e/o per caso fortuito e/o forza maggiore non imputabili a colpa dell’Azienda Ospedaliera.
- L’Azienda, inoltre, non assume alcuna responsabilità per eventuali ritardi e/o disguidi postali delle proprie comunicazioni ai candidati, né per il caso di mancato o ritardato recapito di comunicazione diretta ai candidati.
- Il termine fissato per la presentazione delle domande di partecipazione è perentorio e l’eventuale riserva di invio successivo di documenti e/o titoli è privo di effetti sia per l’ammissione che per la valutazione alla selezione di cui al presente bando.

DOMANDA DI AMMISSIONE

- La domanda di ammissione, sottoscritta senza l’autenticazione della firma ex art. 39 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., dovrà essere redatta in carta semplice secondo lo **schema allegato “1”** del presente bando;
- A pena di esclusione dalla procedura selettiva, il candidato consapevole delle responsabilità penali in cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, ex art. 76 del DPR 445/2000 – nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, ex art. 76 del DPR 445/2000 –, deve dichiarare sotto la personale responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dallo stesso art. 76 del DPR 445/2000:
 - Cognome e nome;
 - Data, luogo di nascita e residenza;
 - Il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
 - Il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
 - Le eventuali condanne penali riportate – in caso negativo, dichiararne espressamente l’assenza;
 - La posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva;
 - I titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e preferenza a parità di valutazione.
- L’eventuale titolarità di handicap con relativo riconoscimento da parte dell’apposita Commissione Medica; se il candidato trovasi in tale condizione dovrà indicare sia il titolo che l’eventuale necessità di ausili e/o tempi supplementari delle prove colloquio;
- Il possesso della:
 - Laurea Magistrale in Farmacia conseguita presso l’Università degli Studi _____ di _____ in data _____;
- I servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di tali rapporti di pubblico impiego;

- L'esperienza professionale maturata nella disciplina di cui al presente bando indicando le strutture, i periodi, il ruolo e tipologia delle prestazioni;
- Di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando è a tempo determinato ed instaura con l'Azienda Ospedaliera il solo rapporto di collaborazione professionale per 38 ore settimanali, della durata di mesi dodici non prorogabili automaticamente;
- Il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante la procedura selettiva; in caso di mancata indicazione, vale, ad ogni effetto, la residenza già indicata nella domanda. Per le attività procedurali propedeutiche alla nomina del vincitore del presente avviso di selezione pubblica, al candidato è fatto obbligo, altresì, di comunicare, tempestivamente, ogni cambiamento di indirizzo; detta comunicazione va inoltrata tempestivamente alla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, che non assume alcuna responsabilità nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato nell'istanza di partecipazione;
- L'assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione dell'Avviso Pubblico per selezione ex D.Lgvo 196/2003.
L'omissione, anche parziale, di una delle dichiarazioni succitate o la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione alla presente procedura comporta l'esclusione dall' Avviso Pubblico in parola.
Tutti i requisiti di ammissione all'Avviso Pubblico per selezione di cui al presente bando devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande di partecipazione.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione all'avviso gli aspiranti devono allegare:

- Autocertificazione attestante il possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso;
- Tutte le autocertificazioni relative ai titoli che i candidati ritengono opportuno presentare nel proprio interesse agli effetti della valutazione di merito;
- Un curriculum formativo e professionale datato e firmato dal quale si evinca la capacità professionale posseduta, **che non può comunque avere valore di autocertificazione;**
- Un elenco datato e firmato dei documenti presentati;
- Copia fotostatica, fronte retro, di un documento di identità in corso di validità, ai fini della validità dell'istanza di partecipazione.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Ai sensi dell'art. 15 della legge 12.11.2011 n. 183 le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione riguardante stati, qualità personali e fatti sono sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R.: 445/2000.

Le pubblicazioni devono essere prodotte in originale o in copia autenticata ai sensi di legge o in copia dichiarata conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, e s.m.i. conformemente **all'allegato schema “2”**, corredato di fotocopia di un valido documento di identità.

Il candidato dovrà produrre in luogo del titolo una **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., secondo **l'allegato schema “3”** relative, ad esempio, a: titoli di studio, appartenenza ad ordini professionali, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione e di aggiornamento e comunque tutti gli altri stati, fatti e qualità personali previsti dallo stesso art. 46, corredato di fotocopia di un valido documento di identità.

La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., secondo **l'allegato “4”** va utilizzata, in particolare, per autocertificare i servizi prestati presso strutture pubbliche e/o private, nonché attività didattica, stage, prestazioni occasionali, etc.; corredato di fotocopia di un valido documento di identità;

Nelle autocertificazioni relative ai servizi devono essere indicate l'esatta denominazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, le qualifiche rivestite, le discipline nelle quali sono stati previsti i servizi prestati, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno, tempo definito, part-time), le date di inizio e fine dei relativi periodi di attività, nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc.) e quanto altro necessario per valutare il servizio stesso.

Anche nel caso di autocertificazione di periodi di attività svolta in qualità di borsista, di incarichi libero professionali ecc... occorre indicare con precisione tutti gli elementi indispensabili alla valutazione. In caso di servizi prestati nell'ambito del S.S.N. deve essere precisato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettono di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.

Si precisa che, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dal rapporto di lavoro conseguito sulla base della documentazione suddetta.

COMMISSIONE ESAMINATRICE

La commissione esaminatrice sarà nominata dal Commissario Straordinario con apposito atto deliberativo.

PRESELEZIONE

Nel caso in cui siano presentate più di 20 (venti) domande, l’Azienda si riserva la facoltà di effettuare una prova di preselezione anche con sistemi automatizzati, consistenti nella soluzione di quesiti a risposta multipla chiusa, di cui una sola esatta, da risolversi in un tempo determinato sulle materie oggetto della prova colloquio.

La mancata presenza alla prova preselettiva equivarrà a rinuncia alla partecipazione alla presente procedura di avviso pubblico, anche se la stessa dipendesse da causa di forza maggiore. I candidati dovranno presentarsi muniti di un idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.

Il numero massimo dei candidati che, a seguito, della preselezione, effettueranno la prova colloquio sarà di 20 (venti) oltre i classificati a pari merito. A seguito della preselezione la lista dei candidati ammessi alla prova colloquio sarà pubblicata sul sito web dell’Azienda Ospedaliera dei Colli www.ospedalideicolli.it – alla voce concorsi e borse di studio.

AMMISSIONE

Entro il quindicesimo giorno dalla data di scadenza del presente avviso sarà pubblicato sul sito internet Aziendale l’elenco dei candidati ammessi.

Almeno dieci giorni prima della data di espletamento della prova colloquio sarà pubblicato sul sito dell’Azienda www.ospedalideicolli.it – alla voce concorsi e borse di studio – data, sede ed ora della prova medesima. Inoltre, ai candidati in possesso dei requisiti richiesti sarà comunicata, con telegramma e/o con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, la stessa data, il mese, l’ora e la sede della prova colloquio. Gli stessi dovranno presentarsi muniti di idoneo documento di riconoscimento, in corso di validità.

L’assenza del candidato al colloquio, qualunque ne sia la causa, sarà considerata rinuncia alla partecipazione, determinando l’automatica esclusione dall’avviso.

La commissione procederà alla formalizzazione della graduatoria sulla base della valutazione del curriculum di carriera e professionale e del punteggio attribuito alla prova colloquio.

PROVA DI ESAME

La prova di esame consisterà in un colloquio vertente sulle materie inerenti alla disciplina a concorso, nonché sui compiti connessi all’incarico da conferire.

PUNTEGGIO

La Commissione Esaminatrice disporrà complessivamente di 100 punti così ripartiti in linea con le vigenti disposizioni normative:

- 60 punti per la prova colloquio;

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 42/60

- 40 punti per titoli.

GRADUATORIA FINALE DI MERITO



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

La graduatoria finale di merito sarà pubblicata sul sito internet Aziendale www.ospedalideicolli.it - alla voce concorsi e borse di studio, e varrà quale notifica agli interessati dell'esito dell'avviso.

I soli candidati vincitori della selezione riceveranno formale comunicazione in merito all'esito della procedura selettiva per l'assegnazione dell'incarico.

I vincitori rinunciatari saranno sostituiti con coloro che seguono nella graduatoria finale di merito.

CONFERIMENTO INCARICO

Il candidato dichiarato vincitore dell'Avviso Pubblico per selezione, pena decadenza nei diritti conseguenti con la partecipazione alla procedura selettiva in parola, prima dell'immissione in servizio, su invito dell'Azienda Ospedaliera, produrrà, nel termine di dieci giorni lavorativi dalla data di ricezione della richiesta relativa, la documentazione specifica richiesta dalla Azienda Ospedaliera

L'Azienda Ospedaliera, verificata la sussistenza dei requisiti, procederà all'accertamento dell'idoneità fisica alle funzioni da assolvere, con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette e procederà, in presenza di idoneità, alla stipula del contratto individuale di lavoro

L'Azienda Ospedaliera garantisce la copertura assicurativa per i danni causati a terzi o cose in linea con quella attualmente esistente in forza di polizza assicurativa per i lavoratori dipendenti dell'Azienda medesima. È inoltre garantita dall'Azienda la copertura assicurativa, in forza di polizza in vigore, contro gli infortuni e malattie professionali per i prestatori d'opera titolari degli incarichi di cui al presente avviso. Ogni titolare di incarico dovrà a sua volta, alla stipula del contratto, produrre, ad integrazione di detta copertura assicurativa, con spese a proprio carico, polizza contro gli infortuni con i seguenti massimali:

€ 100.000 in caso di morte

€150.000 per invalidità permanente

Scaduto inutilmente il termine assegnato per la presentazione della documentazione, l'Azienda Ospedaliera, dato atto della decadenza di questi, procederà a nominare il candidato utilmente collocato nella graduatoria finale di merito nella posizione immediatamente successiva.

Gli effetti economici decorrono dalla data di effettiva immissione in servizio del vincitore.

Per lo svolgimento dell'incarico verrà erogato al professionista un compenso di euro € 45.000,00 (quarantacinquemila/00) annui, cui si aggiungono gli oneri riflessi (IRAP con aliquota dell'8.5% sul compenso);



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva alcuna di tutte le condizioni e le clausole di cui al presente bando. L'Amministrazione garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, ex art. 57 D.Lg.vo 165/2001. L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere, e/o annullare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 14,00 ai seguenti numeri 081/7062199 – 081/7062311.

Il Direttore Generale

f.to Dott. Antonio Giordano



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

“ALLEGATO 1”

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera dei Colli
"Monaldi - Cotugno - C.T.O."
Via Leonardo Bianchi
80131 NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a _____, residente in _____ (provincia di _____) Via/Piazza _____ n. _____, C.A.P. _____ Tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all’Avviso Pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato della durata di mesi dodici rinnovabile per altri dodici a n° **un Data Manager** per attività da svolgersi nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in forza di dichiarazione non veritiera, ex artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi di quanto disposto in materia dall’art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 in parola

dichiara:

- a) di essere nato/a il _____ in _____ e di essere residente in _____ alla Via _____ n° _____ C.a.p. _____;
- b) di essere cittadino/a italiano/a **(in caso di equivalenza, indicare la propria posizione)**;
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ **(in caso di non iscrizione o di cancellazione, indicarne i motivi)**;
- d) di non aver riportato condanne penali **(in caso di dichiarazione positiva, riportarle)**;

- e) che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari di leva è la seguente:
_____ (qualora non compete, indicarne i motivi) ;
- f) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto ad usufruire della riserva, precedenza e preferenza a parità di valutazione: _____;
- g) di essere portatore di handicap riconosciuto da parte dell'apposita Commissione Medica, giusta relativo verbale del _____, e di avere / non avere necessità di ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova colloquio*;
- h) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- 1) Laurea in _____, conseguita presso l'Istituto _____ di _____ in data _____ con il voto _____;
- j) di avere / non avere * prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni per i periodi e con le qualifiche a fianco di ciascuna di esse segnato e qui appresso elencate:
_____ (indicare le cause di risoluzione del rapporto);
- k) di essere/non essere* in possesso dell'esperienza come _____, indicando le strutture, i periodi, il ruolo e tipologia delle prestazioni, conseguita presso le strutture e per i periodi, nel ruolo e tipologia delle prestazioni appresso indicata:
_____;
- l) di essere consapevole che l'incarico di cui al presente bando intende partecipare è a tempo determinato ed instaura con l'Azienda Ospedaliera il solo rapporto di collaborazione professionale a tempo determinato della durata di mesi dodici rinnovabili per altri dodici per lo svolgimento di attività da svolgersi nell'ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”.
- m) che il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione riguardante l'Avviso Pubblico per Selezione in parola è il seguente:
- Via/Corso _____ n° _____
C.A.P. _____ Città _____ Telefono _____;
- o) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità di gestione dell'avviso, ex D.Lgvo. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, per tutti gli aspetti contabili ed amministrativi relativo agli incarichi di collaborazione professionale.

Data _____ Firma _____

Depennare la voce che non interessa



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

“ALLEGATO 2”

Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

DICHIARAZIONE AUTENTICITA’ COPIE FOTOSTATICHE DOCUMENTI e TITOLI

In allegato alla domanda di partecipazione Avviso Pubblico per Selezione, emanato dall’Azienda Ospedaliera dei Colli – Monaldi – Cotugno – C.T.O. -, un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato della durata di mesi dodici per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____ documento di identità/riconoscimento n° _____,
rilasciato da _____ il _____ allegato in fotocopia non autenticata alla presente, ai sensi di quanto disposto in materia dell’ art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che tutti i documenti e titoli presentati, in fotocopia e di cui al prescritto elenco documenti, allegati alla domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

Data _____ Firma _____



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

“ALLEGATO 3”

Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

In allegato alla domanda di partecipazione Avviso Pubblico per Selezione, emanato dall’Azienda Ospedaliera dei Colli – Monaldi – Cotugno – C.T.O. -, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell’ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____ residente a _____ (Pov. _____),
via _____, n. _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli _____

Data _____ Firma _____

Da utilizzare per autocertificare: titolo di studio, iscrizione in albi tenuti dalla P.A., appartenenza ad ordini professionali, qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica, tutti gli altri stati, fatti e qualità personali previsti dall’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Le dichiarazioni relative ai titoli di studio devono indicare la data, la sede e la denominazione completa dell’istituto presso cui il titolo stesso è stato conseguito.



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

Le dichiarazioni relative alle iniziative di aggiornamento e formazione devono indicare: se trattasi di corsi di aggiornamento, convegno, seminario, ecc...l'oggetto/tema dell'iniziativa; il soggetto organizzativo; la sede e la data di svolgimento; il numero di ore o giornate di frequenza; se con o senza esame finale.

La dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità in corso di validità, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 D.P.R. 445/2000)

“ALLEGATO 4”

Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione professionale a tempo determinato per n. un Data Manager per attività da svolgersi, nell'ambito del progetto “Progetto Trapianti Ospedale Monaldi”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445)
Per i servizi prestati

Io sottoscritto/a.....nato/a a.....
il....., residente a.....
via....., n.....
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO di aver prestato servizio alle dipendenze

Pubblica Amministrazione -

Privati -

- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

Pubblica Amministrazione -

Privati -

- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

Pubblica Amministrazione -

Privati -

- Indirizzo completo.....
- Con la qualifica di.....
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio...../...../..... al...../...../.....

Contratto libero-professionale (specifica esperienza e formazione effettuata).....



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi-Cotugno-CTO
NAPOLI

-
.....;
- Borsa di Studio (specifica esperienza e formazione effettuata)
- Rapporto di Lavoro subordinato (specifica esperienza e formazione effettuata) a tempo indeterminato o a tempo determinato.....
- Altro.....
- Tempo pieno definito part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali
- eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al.....;
- Nel caso di servizi prestati nell’ambito del S.S. Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.
 - Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casella Altro, precisando la natura dell’incarico.

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

Data.....

.....
(firma per esteso in originale del dichiarante)

a dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità in corso di validità, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).