

AVVISO INTERNO

IL COMMISSARIO

Considerata la carenza di personale medico nell'U.O.C. "Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione" dell'Azienda e l'urgenza di provvedere in merito, nelle more di una rideterminazione della dotazione organica del medesimo Servizio

chiede

al personale Dirigente Medico dipendente a tempo indeterminato di questa Azienda, in possesso della specializzazione, anche se equipollente o affine, e dei requisiti previsti per svolgere le proprie funzioni presso l'U.O.C. di Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, di far pervenire dichiarazione di disponibilità a prestare tale attività mantenendo il trattamento giuridico ed economico in atto goduto.

L'Avviso è riservato al personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello in possesso dei seguenti requisiti:

- a) di essere dipendente a tempo indeterminato di questa Azienda;
- b) di essere in possesso della specializzazione richiesta per l'U.O.C. di Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, anche se equipollente o affine;
- c) di non trovarsi in condizioni di salute che impediscano il regolare espletamento delle mansioni proprie della qualifica;

Particolare rilievo sarà dato a coloro i quali abbiano già maturato esperienze nell'U.O.C. di Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione.

DOMANDE DI AMMISSIONE

La domanda deve essere redatta in carta libera, sottoscritta dal dipendente, secondo lo schema allegato (Allegato A), indirizzata all'U.O.C. Risorse Umane, Viale Strasburgo, 233 Palermo e presentata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda entro il 7° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet dell'Azienda. Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio. A tal fine fa fede la data dell'ufficio accettante.

Nella domanda, i dipendenti devono dichiarare sotto la loro personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000:

- cognome, nome, data, luogo di nascita;
- eventuale servizio, prestato presso altre Aziende Sanitarie, documentato da idonea certificazione o autocertificato.
- specializzazione posseduta attestante il possesso del requisito sopra indicato, di cui al punto b);
- indirizzo email a cui, ad ogni effetto, dovrà essere inviata ogni comunicazione inerente all'avviso.
- di non trovarsi in particolari condizioni di salute che impediscano il regolare espletamento delle attività.

Il servizio prestato dai dipendenti sarà attestato d'ufficio alla data della scadenza dei termini del presente avviso.

Alla domanda di partecipazione all'avviso (**Allegato A**) il dipendente deve allegare l'autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attestante il possesso del requisito sopra indicato di cui al punto b) (**Allegato B**), unitamente ad una fotocopia del documento di identità.

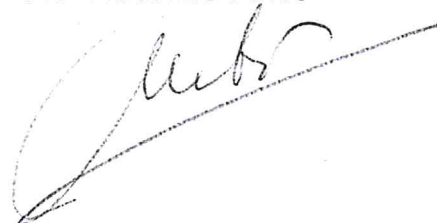
GRADUATORIA

Scaduti i termini di presentazione delle domande, l'U.O.C. Risorse Umane, esaminerà tutte le istanze pervenute e procederà a scegliere il candidato secondo apposita graduatoria formulata sulla base dell'anzianità di servizio e della professionalità acquisita nell'ambito specifico.

In caso di parità tra due o più dipendenti la precedenza è data al dipendente con la minore età anagrafica.

Informazioni in ordine al presente avviso possono essere assunte presso l'U.O.C. Risorse Umane.

Il Commissario
Dott. Maurizio Aricò



Allegato A

Fac-Simile della domanda
(da redigere in carta libera)

All'U.O.C. Risorse Umane

S E D E

Il/la sottoscritto/a _____, domiciliato/a _____

a _____, (provincia di _____), Via/Piazza _____,
n. _____ C.A.P. _____, telefono _____, dipendente a tempo
indeterminato di questa Azienda presso l'U.O.C.

_____ dichiara la propria disponibilità a prestare
attività presso l'U.O.C. di Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione,
come da avviso pubblicato all'albo dell'Azienda.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni
penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria personale
responsabilità

D I C H I A R A

- 01) di essere nato a _____ provincia di _____ il _____;
- 02) di essere domiciliato a _____ in via _____;
- 03) di essere dipendente di questa Azienda a tempo indeterminato
- 04) di avere prestato servizio presso altro Ente _____
dal _____ al _____;
- 05) di essere in possesso della Specializzazione di _____;
- 06) di non trovarsi in particolari condizioni di salute che impediscano il
regolare espletamento delle mansioni proprie della qualifica;
- 07) di autorizzare codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali,
ai sensi del D. Lgs..196 del 2003, ai fini dell'espletamento della presente
procedura;
- 08) che l'indirizzo email al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi
comunicazione relativa alla presente selezione è il seguente:

_____.

Data _____

Firma per esteso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

Dichiara

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

Palermo, _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.