



Prot 2624/1-CS  
del 31.01.2019

Sede Legale

Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo

## AVVISO INTERNO

**PER LA MOBILITA' VOLONTARIA NELL'AMBITO DELL'AZIENDA PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO VACANTE DI DIRIGENTE MEDICO PER L'U.O.C. DI MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, RISERVATO AL PERSONALE DIRIGENTE MEDICO INTERNO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ACCESSO, AI SENSI DELL'ART. 16 DEL CCNL 10/02/2004 DELL'AREA MEDICA E DEL REGOLAMENTO AZIENDALE APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 337 DEL 26/03/2010**

IL PRESENTE AVVISO E' STATO PUBBLICATO INTEGRALMENTE SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA IL GIORNO 31/01/2019

**Termine di scadenza di presentazione delle istanze di partecipazione:**

**04 MARZO 2019**

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

In esecuzione della deliberazione n. 61 del 24 gennaio 2019, immediatamente esecutiva:

**Visto** l'art. 16 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria stipulato il 10 febbraio 2004;

**Visto** il Regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 337 del 26 marzo 2010 che disciplina la mobilità interna dei Dirigenti Medici nell'ambito delle strutture aziendali;

### RENDE NOTO

#### **Art. 1 – PROCEDURA DI MOBILITA' INTERNA**

E' indetto il presente avviso di mobilità volontaria interna per la copertura di n. 1 posto vacante e disponibile di Dirigente Medico presso l'U.O.C. di Malattie Infettive e Tropicali, riservato al personale dirigente medico interno, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in possesso della specializzazione in malattie infettive o in una delle specializzazioni riconosciute equipollenti o affini alla stessa, ai sensi del D.M. 30.01.1998 e D.M. 31.01.1998 e ss.mm.ii.

#### **Art. 2 - REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare alla selezione coloro che possiedono i seguenti requisiti specifici di ammissione:

- a) Essere dipendente di questa A.O.O.R. Villa Sofia Cervello con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di Dirigente Medico;



- b) Essere in possesso della specializzazione in “malattie infettive” o in una delle specializzazioni riconosciute equipollenti o affini alla stessa, ai sensi del D.M. 30.01.1998 e D.M. 31.01.1998 e ss.mm.ii;

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda.

### Art. 3 - PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di ammissione redatta in carta libera, secondo lo schema esemplificativo **allegato A** e la documentazione ad essa allegata, deve pervenire all’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello con sede a Palermo in Viale Strasburgo n. 233 - c.a.p. 90146, **entro e non oltre il termine del 30° (trentesimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell’Azienda.** Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande e la documentazione ad esse allegata dovranno essere inoltrate, a pena di esclusione, con una delle seguenti modalità:

- a) **consegna a mano all’Ufficio Protocollo dell’Azienda** sito in Viale Strasburgo, 233 Palermo;  
b) **mediante casella di posta elettronica certificata (PEC)**, intestata al candidato, al seguente indirizzo: **risorseumane.ospedaliriunitipalermo@postecert.it**

L’invio dell’istanza tramite PEC si ritiene valido se effettuato nel rispetto di quanto stabilito dall’art. 65 del D.Lgs. 07/03/2005 n. 82 e dalla Circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Si fa presente che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all’utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà ritenuto valido l’invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale.

Si chiarisce inoltre che, nel caso in cui il candidato scelga di presentare la domanda tramite PEC, il termine ultimo d’invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza dell’avviso. In caso di inoltro di domanda tramite casella PEC, la documentazione dovrà essere inviata esclusivamente in formato pdf, preferibilmente in unico file.

Si precisa, altresì, che qualora il candidato dichiari nella domanda l’indirizzo PEC, lo stesso potrà essere utilizzato dall’Amministrazione per ogni comunicazione relativa al presente avviso.

Alla domanda deve essere allegata una fotocopia non autenticata di un documento di identità personale del sottoscrittore, in corso di validità e leggibile in tutte le sue parti. Il termine fissato per la presentazione delle domande è perentorio, il mancato rispetto della suddetta scadenza determina l’esclusione dalla procedura di mobilità. L’eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti. **Le domande presentate prima della pubblicazione del presente bando sul sito istituzionale dell’Azienda non saranno prese in considerazione ai fini della partecipazione alla selezione.** È

esclusa ogni altra modalità di trasmissione o presentazione delle domande oltre quelle espressamente previste dal presente bando. Per finalità di carattere esclusivamente organizzativo, nell’oggetto della PEC o all’esterno della busta utilizzata per la consegna a mano della domanda di partecipazione alla selezione, dovrà essere apposta la dicitura *“Partecipazione avviso di mobilità interna volontaria riservato al personale dirigente medico”*.

### Art. 4 - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione alla selezione i concorrenti devono allegare un curriculum formativo e professionale formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva di Certificazione – Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà) datato e firmato, con allegata fotocopia del documento d’identità in corso di validità.



Nel curriculum formativo e professionale devono risultare i titoli di carriera, accademici, di studio e scientifici posseduti, con particolare riferimento all'esperienza professionale maturata nello svolgimento di attività connesse al posto per il quale il candidato concorre e le strutture presso le quali il candidato ha prestato servizio. In calce al curriculum deve essere riportato quanto segue: *"Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, attesta la veridicità delle dichiarazioni riportate nel presente curriculum"*. A tal fine si allega uno schema di curriculum formativo e professionale (**allegato B**). L'Azienda Ospedaliera effettuerà dei controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti dal provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, fatte salve le relative conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

#### **Art. 5 - MODALITA' DELLA SELEZIONE**

La selezione dei candidati verrà effettuata da apposita commissione, nominata dal Commissario Straordinario, sulla base dei curriculum formativi e professionali dei candidati che hanno presentato la domanda di partecipazione nei termini utili.

Nella valutazione la Commissione terrà conto dei seguenti elementi:

- Attività formative, scientifiche e di studio inerenti rispetto al posto cui si concorre;
- Comprovata esperienza nelle attività connesse al posto cui si concorre.

Al termine della selezione la Commissione formulerà una rosa di candidati idonei, basata su una valutazione comparativa delle professionalità.

Il candidato dichiarato non idoneo è escluso dall'inserimento nell'elenco degli idonei.

#### **Art. 6 - TRASFERIMENTO PER MOBILITA' INTERNA**

Il candidato vincitore sarà trasferito per mobilità interna con provvedimento motivato del Commissario Straordinario e previa sottoscrizione del contratto individuale di lavoro.

Il trattamento economico connesso alla nuova posizione, resterà temporaneamente confermato con quello in atto in godimento, salvo eventuale modifica a seguito di conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 e delle relativa nuova graduazione.

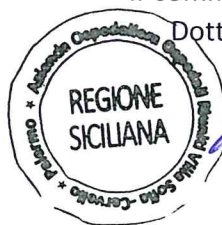
La mancata disponibilità al trasferimento per mobilità interna, nei termini che saranno indicati dall'Amministrazione, comporterà la decadenza dalla nomina.

#### **Art. 7 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura selettiva. L'Azienda si riserva la facoltà, per legittimi ed insindacabili motivi, di prorogare, riaprire i termini, revocare, sospendere o modificare il presente avviso, dandone tempestiva notizia agli interessati e senza che i medesimi possano, per questo, vantare diritti nei confronti dell'Azienda. Per quanto non previsto dal presente avviso si rinvia alle leggi e alle disposizioni vigenti in materia.

Per informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.O.C. Risorse Umane – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello Viale Strasburgo n. 233 - 90146 Palermo – tel. 091/7808705 – 8964, [risorseumane.ospedaliriunitipalermo@postecert.it](mailto:risorseumane.ospedaliriunitipalermo@postecert.it) oppure potranno consultare il sito internet [www.ospedaliriunitipalermo.it](http://www.ospedaliriunitipalermo.it) nella sezione "concorsi" – "non scaduti".

Il Commissario Straordinario  
Dott. Walter Messina



Fac-simile della domanda

Al Commissario Straordinario  
dell'Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello  
Viale Strasburgo, 233  
90146 Palermo

li/La sottoscritto/a ..... , nato/a .....  
(prov. ....) il ..... residente in .....  
(prov. ....) via/piazza..... n° .....  
C.A.P....., tel ..... , cell. ...., chiede di essere  
ammesso/a, , come da avviso interno pubblicato sul sito internet aziendale in data ....., alla  
procedura di mobilità volontaria interna per la copertura di n. 1 posto di dirigente medico per l'U.O.C. di  
Malattie Infettive e Tropicali.

A tal fine, il/la sottoscritto/ sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- 01) di essere nato/a a ..... (provincia di .....) il .....
- 03) di essere in possesso della seguente specializzazione ..... conseguita, nell'anno accademico ....., presso l'Università degli Studi di .....
- 04) di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda A.O.O.R. Villa Sofia Cervello in qualità di Dirigente Medico e di essere in servizio presso l'U.O.C. ....
- 05) di autorizzare codesta Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della legge 675/96 e s.m.i., ai fini dell'espletamento della presente procedura di mobilità interna;
- 06) di indicare il seguente indirizzo PEC presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione: .....

Ai fini dell'ammissione e della valutazione di merito, il sottoscritto allega un curriculum formativo e professionale formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva di Certificazione – Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà) datato e firmato con allegata fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Data .....

.....  
(firma per esteso)

**N.B.** (Allegare alla domanda fotocopia di valido documento di riconoscimento in corso di validità)



**ALLEGATO B**  
**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**  
**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000**  
**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente in ..... Via .....  
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai  
sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

i seguenti stati e fatti personali:

**Titoli di studio per l'accesso alla selezione**

.....  
..... conseguito presso .....  
..... voto ..... in data .....  
.....  
..... conseguito presso .....  
..... voto ..... in data .....

\*\*\*\*\*

**Specializzazione per l'accesso alla selezione**

.....  
..... conseguita presso .....  
..... voto ..... in data .....  
per una durata di anni .....  
.....  
..... conseguita presso .....  
..... voto ..... in data .....  
per una durata di anni .....

\*\*\*\*\*

**Altri titoli di studio** (master, dottorato di ricerca, etc, etc.)

..... conseguito presso .....  
..... in data .....  
..... conseguito presso .....  
..... in data .....

\*\*\*\*\*



**Iscrizione albo Collegio/Ordine Professionale** dei ..... della  
Provincia di ..... dal ..... n. posizione .....

\*\*\*\*\*

**Publicazioni /abstract / poster / altro (indicare se allegate in originale o in copia resa conforme):**

Titolo: .....

Rivista scientifica / altro .....

N.B. Schema da riprodurre per ogni pubblicazione etc.

\*\*\*\*\*

**Attività di servizio alle DIPENDENZE di Pubbliche Amministrazioni o strutture private convenzionate SSN:**

<i>Ente (specificare sede)</i>	<i>dal</i>	<i>Al</i>	<i>qualifica</i>	<i>Tempo indeterm/determ*</i>	<i>tipologia oraria**</i>

\* specificare se rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato

\*\* specificare se full time o part time (specificare numero ore o percentuale)

**eventuali periodi di interruzione dal servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite**

- dal al

- dal al

\*\*\*\*\*



**Altre attività presso Pubbliche Amministrazioni**

Attività svolta nel profilo professionale di.....  
presso (denominazione e sede ente) .....

a titolo di

- co.co.co       libero professionista       borsista

interinale mediante agenzie di lavoro o coop. Sociali .....

( indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)

contrattista ricercatore       altro \_\_\_\_\_

(barrare la voce che interessa)

dal .....al .....

Impegno orario settimanale.....

Attività svolta nel profilo professionale di.....  
presso (denominazione e sede ente) .....

a titolo di

- co.co.co       libero professionista       borsista

interinale mediante agenzie di lavoro o coop. Sociali .....

( indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)

contrattista ricercatore       altro \_\_\_\_\_

(barrare la voce che interessa)

dal .....al .....

Impegno orario settimanale.....

Attività svolta nel profilo professionale di.....  
presso (denominazione e sede ente) .....

a titolo di

- co.co.co       libero professionista       borsista

interinale mediante agenzie di lavoro o coop. Sociali .....

( indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)

contrattista ricercatore       altro \_\_\_\_\_

(barrare la voce che interessa)

dal .....al .....

Impegno orario settimanale.....

N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

\*\*\*\*\*

**Attività presso strutture private**

Attività svolta nel profilo professionale di.....  
presso (esatta denominazione e indirizzo struttura).....

dal .....al .....

Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

Tempo pieno / tempo parziale: per n. ....ore settimanali / percentuale .....

(cancellare l'ipotesi che non interessa)



N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

\*\*\*\*\*

**Attività di docenza:**

Titolo del Corso .....  
Ente Organizzatore .....  
a.a. / a.s. .... oppure: data di svolgimento.....ore docenza n. ....  
Materia di insegnamento:.....

**N.B. Per ogni materia indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. o aa.ss.; schema da riprodurre per ciascuna docenza / materia.**

\*\*\*\*\*

**Partecipazione ad attività di aggiornamento, congressi,convegni, seminari, attinenti alla disciplina a concorso;**

Denominazione del corso: .....  
Ente organizzatore e luogo svolgimento .....  
Data/e di svolgimento .....num. giorni..... oppure ore complessive.....  
Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame finale; se con ECM e quanti) .....

**N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.**

\*\*\*\*\*

**Altro**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Le fotocopie (eventualmente) allegate sono conformi agli originali in mio possesso.**

*Ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, attesta la veridicità delle dichiarazioni riportate nel presente curriculum*

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data .....

**FIRMA**

