



AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Per l'affidamento dell'incarico di Dirigente Responsabile della U.O.S. di Blocco operatorio e post intensiva del P.O. San Luca di Vallo della Lucania.

PREMESSO:

- Che l'Azienda Sanitaria Salerno ha proceduto con deliberazione N.ro 1306 del 13-08-2024 all'adozione del proprio Atto Aziendale, approvato con DGRC n. 461 del 12 settembre 2024, pubblicato sul BURC n. 65 del 16-09-2024;
- Che nell'ambito dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del PO di Vallo è istituita la U.O.S. di Blocco operatorio e post intensiva;
- Che per il conseguimento degli obiettivi occorre procedere all'affidamento dell'incarico di Dirigente Responsabile della U.O.S. di Blocco operatorio e post intensiva;
- Che in aderenza all'allegato di cui alla delibera n.ro 838 del 30-06-2021 regolamento aziendale in materia di incarichi Dirigenziali, l'individuazione del Responsabile di struttura semplice articolazione di struttura complessa viene effettuata in esito ad una procedura comparativa che prevede la pubblicazione di un avviso interno di manifestazione d'interesse, rivolto ai dirigenti assegnati all'U.O.C. di cui la U.O.S. è un'articolazione.

SI INDICE AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Per il conferimento di:

- N.ro 01 incarico di Dirigente Responsabile della U.O. S. di Blocco operatorio e post-intensiva del PO di Vallo della Lucania del PO di Vallo della Lucania

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

I requisiti di partecipazione alla presente manifestazione d'interesse, in aderenza al vigente Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali Area Sanitaria sono:

- essere dipendente dell'ASL Salerno in qualità di Dirigente dell'Area Sanitaria, in servizio presso la U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del PO di Vallo della Lucania;
- Positivo superamento del periodo di prova;
- Valutazione positiva inerente agli anni di servizio.

DOMANDA DI AMMISSIONE

- La manifestazione d'interesse, debitamente sottoscritta dovrà essere indirizzata al Direttore della Struttura Complessa cui afferisce la Struttura Semplice e pervenire entro le ore 12.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito ASL – Sezione Avvisi e Concorsi, per mezzo di PEC all'indirizzo **povallo@pec.aslsalerno.it**; Alla stessa vanno allegati:

NORME FINALI

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 L. 196/2003 così come modificato ed integrato dal Regolamento UE 679/2018:

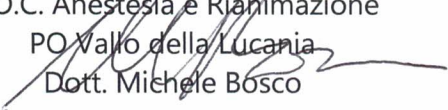
Si informano gli interessati alla presente procedura che i dati personali e sensibili ad essi relativi saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda con modalità sia manuale che informatizzata, esclusivamente al fine di poter assolvere tutti gli obblighi giuridici collegati all'espletamento della procedura medesima.

Per quanto non contemplato nel presente avviso si intendono qui richiamate a tutti gli effetti le vigenti norme di legge o disposizioni contrattuali, nonché gli atti regionali e quelli citati in premessa.

Il presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale – www.aslsalerno.it – sezione Avvisi e Concorsi.

Si allega FAC-SIMILE modello di domanda.

IL DIRETTORE
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
PO Vallo della Lucania
Dott. Michele Bosco



FAC-SIMILE DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO VIA NIZZA,146
84124 SALERNO

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nat _____

a _____

il _____ dipendente di ruolo presso questa Azienda Sanitaria Locale Salerno

– assegnato funzionalmente alla macrostruttura Unità Operativa

nella qualifica di _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Per l'affidamento dell'incarico di Dirigente Responsabile della U.O.S. di Blocco operatorio e Post Intensiva del P.O. San Luca di Vallo della Lucania.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

DICHIARA

✓ di essere nato/ a _____ prov. _____ Il _____

✓ di risiedere a _____ prov. _____

in via _____ C.A.P. _____

OVVERO:

✓ di essere in possesso della cittadinanza italiana

OVVERO:



✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;

✓ di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

di essere inquadrato nella qualifica di _____ profilo professionale

di _____ disciplina di (solo dirigenza sanitaria) ;

N.B.: i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla ASL SALERNO, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

(luogo)

(data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso)

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Sono 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. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando