

ASP Cosenza

Avviso pubblico, per titoli, per il conferimento di incarichi di sostituzione a personale dei profili di CPS Infermiere, CPS Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Operatore Socio Sanitario.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1378 del 02/07/2014, è indetto Avviso Pubblico, per soli titoli, per il conferimento di incarichi di sostituzione di personale assente per malattia e/o gravidanza dei profili di CPS Infermiere, CPS Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, O.S.S.

Possono partecipare al presente avviso coloro che, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione della domanda, siano in possesso dei requisiti di ammissione di seguito elencati:

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE

1) cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti;

2) idoneità fisica all'impiego;

l'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, è effettuata a cura di questa Azienda prima dell'immissione in servizio.

Non possono accedere al posto oggetto di avviso coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

Costituisce requisito specifico di ammissione:

Per il profilo di CPS Infermiere Cat. D:

Il possesso di Laurea di 1° livello in INFERMIERISTICA (classe LSNT/1 – Classe delle Lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica), ovvero Diploma Universitario di Infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o altro Diploma equipollente ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000;

Iscrizione all'albo professionale;

Per il profilo di CPS Tecnico Sanitario di Radiologia Medica Cat. D :

Il possesso di Laurea di 1° livello in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia (classe LSNT/3 - classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche), ovvero Diploma Universitario di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica o titolo equipollente ai sensi del Decreto del Ministro della Sanità 27 luglio 2000;

Iscrizione all'albo professionale;

Per il profilo di Operatore Socio Sanitario – Cat. BS :

Diploma di istruzione secondaria di primo grado o assolvimento dell'obbligo scolastico;

Specifico Titolo Professionale conseguito a seguito di superamento del Corso di Formazione di durata annuale, previsto dagli artt. 7 e 8 dell'Accordo provvisorio tra il Ministro della Sanità, il Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 febbraio 2000;

ESCLUSIONI

La mancanza dei requisiti di cui sopra, la mancata sottoscrizione autografa del candidato, il mancato rispetto dei termini di scadenza e delle modalità per l'invio delle istanze di partecipazione, è motivo di esclusione. L'esclusione è disposta con provvedimento motivato dal Direttore Generale dell' ASP di Cosenza ed è notificata agli interessati entro trenta giorni dall'esecutività della relativa decisione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Per la partecipazione all'avviso gli aspiranti devono presentare, secondo una delle sottoindicate modalità, apposita domanda firmata, in carta semplice, da formularsi utilizzando il fac-simile allegato al presente bando.

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate al Direttore Generale dell'ASP di Cosenza – Gestione Risorse Umane – Via degli Alimena, 8 – 87100 Cosenza, esclusivamente con una delle seguenti modalità:

consegna a mano presso il protocollo della sede legale dell'ASP - Via degli Alimena, 8 – 87100 Cosenza (nei giorni e negli orari di apertura al pubblico – dal LUN. al VEN. dalle 9 alle 12 e MAR. e GIOV. anche dalle 15 alle 17).

a mezzo Raccomandata postale con avviso di ricevimento. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

mediante Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) all'indirizzo:

protocollo@pec.asp.cosenza.it Si precisa 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, a sua volta, certificata; non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale.

Il termine per la presentazione delle domande scadrà il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso pubblico sul BUR Calabria – Parte Terza. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Non saranno comunque esaminate le domande pervenute all'Amministrazione successivamente l'adozione della delibera di ammissione dei candidati da parte del Direttore Generale.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, nè per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE O DELL'ATTO DI NOTORIETA'

La corretta e completa compilazione delle dichiarazioni sostitutive, secondo i fac-simile proposti e allegati al presente bando, consente all'ASP di Cosenza ed alla Commissione Esaminatrice di disporre di tutte le informazioni utili rispettivamente per la verifica del possesso dei requisiti di partecipazione e per la successiva valutazione dei titoli.

Si informano pertanto i candidati che non saranno prese in considerazione dichiarazioni sostitutive generiche o incomplete. L'interessato è tenuto a specificare con esattezza tutti gli elementi e i dati necessari per una corretta valutazione.

Pubblicazioni

Le pubblicazioni devono essere allegate alla domanda di partecipazione al presente avviso, pena la mancata valutazione delle stesse.

In quest'ultimo caso il candidato, utilizzando la dichiarazione di atto notorio ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR 445/00,(vedi fac simile, allegato G) può dichiarare che le copie dei lavori allegati alla domanda di partecipazione al presente avviso sono conformi agli originali in suo possesso.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Alla domanda di partecipazione deve essere allegato quanto segue:

1. tutte le dichiarazioni sostitutive (di certificazione o di atto di notorietà) relative al possesso dei titoli che il candidato ritenga opportuno far valere ai fini della valutazione di merito e della formazione della graduatoria (vedi fac-simili allegati);

2. In alternativa alla ipotesi sopra indicata il candidato potrà allegare la documentazione cartacea, prodotta in fotocopia, delle attività/titoli, previa compilazione del modello "Allegato G"; dalla suddetta documentazione sono esclusi i certificati rilasciati da una Pubblica Amministrazione.
3. copia di eventuali pubblicazioni, edite a stampa;
4. fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un documento d'identità valido;
5. curriculum formativo e professionale datato e firmato; nel suddetto Curriculum formativo e professionale dovranno essere indicate sinteticamente le attività svolte (studi, servizi, aggiornamento etc.);
6. elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato.

PUNTEGGI E GRADUATORIA

La commissione dispone, complessivamente, di 30 punti così ripartiti:

- 15 per i titoli di carriera;
- 3 per i titoli accademici e di studio;
- 2 per le pubblicazioni e titoli scientifici
- 10 per il curriculum formativo e professionale.

Per la valutazione dei titoli di carriera, dei titoli accademici e di studio, delle pubblicazioni e titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale, la commissione esaminatrice si attiene ai principi stabiliti dall'art. 11 del DPR 220/01.

TUTELA DELLA PRIVACY

I trattamenti dei dati saranno effettuati anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il D.Lgs 196/03 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati personali.

Gli elementi relativi allo stato, alle qualità personali o fatti contenuti in ciascuna domanda di partecipazione al presente avviso, ovvero contenuti nella documentazione alla stessa allegata, potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti derivanti dagli obblighi di legge.

NORMA FINALE DI RINVIO

Per quanto non previsto nel presente bando si fa riferimento alla normativa vigente in materia di concorsi pubblici per il personale del Comparto Sanità.

Il Direttore Generale dell'ASP di Cosenza si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni dell'ASP, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

Copia del bando è pubblicato sul sito aziendale www.asp.cosenza.it.

Il Direttore Generale
(Dott. Gianfranco Scarpelli)

Per dichiarare i **Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA**
presso strutture pubbliche o private (ricordare indicare orario di lavoro settimanale)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni

penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

periodo interruzione: dal _____ al _____ Motivo: _____

periodo interruzione: dal _____ al _____ Motivo: _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare **servizi** prestati
per conto di **AGENZIE INTERINALI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare i **Servizi prestati con rapporto:
libero professionale /co.co.co / co.pro, consulente etc.:**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni

penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare **attività didattica**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività didattica:

Docenza presso _____

Materia: _____

Incarico conferito da _____ anno accademico _____;

Tutoraggio presso _____

Materia: _____

Incarico conferito da _____ anno accademico _____;

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività di **insegnamento nei seguenti corsi di formazione:**

_____ nella materia _____

su incarico di _____ per ore _____ .

_____ nella materia _____

su incarico di _____ per ore _____ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di aver partecipato alla seguente **attività di formazione ed aggiornamento** e di essere in possesso dei relativi attestati:

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare il possesso di **ulteriori titoli di studio** (Dottorato di ricerca/Master Universitari etc **con esclusione** di quelli già indicati nella domanda di partecipazione all'avviso pubblico)

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- Di aver conseguito il titolo di _____

Presso _____ in data _____

- Di aver conseguito il titolo di _____

Presso _____ in data _____

- Di aver conseguito il titolo di _____

Presso _____ in data _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per allegare fotocopie di documentazione (es. attività di aggiornamento, pubblicazioni, certificazioni (non rilasciate da P.A) relative ad attività/titoli, etc.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso:

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____ Il Dichiarante _____