



Art. 20 CCNL Comparto Sanità parte normativa 1998/2001, parte economica 1998/1999 del 07/04/1999, come modificato dall'art. 11 CCNL Comparto Sanità II biennio economico 2000/2001 e Regolamento di AV1 adottato con determina n.1307 del 13/12/2017.

### **AVVISO INTERNO**

PER L'ATTRIBUZIONE DELLA SEGUENTE POSIZIONE ORGANIZZATIVA DELL'AREA SANITARIA DEL COMPARTO – U.O. FORMAZIONE

**1) Gestione e implementazione della rete dei referenti e delle attività per la gestione raccolta fabbisogno formativo annuale e predisposizione, gestione, controllo stadi di realizzazione del piano formativo annuale. Controllo e organizzazione delle risorse logistiche e strumentali.**

#### **Funzione attività:**

Gestione della Rete dei Referenti della Formazione per la raccolta e l'individuazione delle criticità/fabbisogni formativi; consulenza e supporto ai referenti nell'analisi e trasmissione dei fabbisogni formativi. Gestione della trasmissione delle informazioni alla rete dei referenti e manutenzione della stessa. Gestione Piano formazione annuale con verifica livello di attuazione. collegamento con i referenti per i livelli di realizzazione e monitoraggio degli esiti formativi in termini di qualità ed esito. Gestione e pianificazione e organizzazione degli spazi, dei presidi e dei dispositivi di supporto per la realizzazione delle attività formative.

**Peso:** 30

**Valore:** €. 3.271,00

**2) Gestione attività formazione permanente area multidisciplinare, formazione medicina convenzionata - MMG, PLS, CA; supervisione utilizzo sistema informatico ECM e sistemi informatici formazione in implementazione con ASUR.**

#### **Funzione attività:**

Gestione Programmazione, Monitoraggio e Valutazione della Formazione Permanente dell'Area Multidisciplinare e coordinamento formazione permanente della Medicina convenzionata in AV1 : MMG PLS E CA e gestione delle relazioni ; coordinamento organizzativo e supporto corsi trasversali promossi da UO Formazione ; Gestione organizzativa e supporto corsi regionali abilitanti e Corsi in collaborazione con il Centro di Promozione della Salute AV1; Supervisione e supporto dell'utilizzo Sistema informatico ECM Marche per la gestione corsi, monitoraggio e controllo tempi e scadenze e dei nuovi sistemi informatici in implementazione unitamente alla Formazione ASUR. Gestione e contatti con Responsabili Agenzia Sanitaria Regionale e con i Responsabili della Società informatica gestore del sistema ECM per le problematiche gestionali e per l'implementazione e miglioramento del Sistema.

**Peso:** 30

**Valore:** €. 3.271,00

### **REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:**

**Al presente avviso può partecipare il personale in servizio a tempo pieno ed indeterminato presso l'Area Vasta n. 1 appartenente alla Cat. D/DS Ruolo Sanitario Area Infermieristica.**



La domanda, indirizzata al Direttore dell'Area Vasta n. 1, redatta in carta semplice come da allegato A), e sottoscritta dovrà pervenire, con allegati, titoli e documenti che ognuno intende presentare ai fini della valutazione di merito, entro e non oltre **le ore 12,00 del 15/01/2018 con decorrenza** dalla data di pubblicazione del presente bando sul sito web aziendale [www.asurzona3.marche.it](http://www.asurzona3.marche.it)

- a mezzo del servizio postale, con plico indirizzato al Direttore dell'Area Vasta n. 1 – Via Ceccarini 38 – 61032 Fano, la data di presentazione delle domande è stabilita in ogni caso dal timbro datato apposto su di esse da parte dell'amministrazione ricevente.

Non si terrà conto delle domande che perverranno oltre il termine sopraccitato.

- direttamente presso l'Ufficio Protocollo dell'Area Vasta n. 1 di Fano – Via Ceccarini, 38 – 61032 Fano (orario di apertura al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00) entro e non oltre il termine indicato,
- tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata in un unico file in formato PDF, esclusivamente all'indirizzo mail: [areavasta1.asur@emarche.it](mailto:areavasta1.asur@emarche.it)

Nella domanda i candidati dovranno dichiarare:

- 1) cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza e domicilio;
- 2) l'inquadramento nel profilo della cat. D/DS;
- 3) la U.O. di appartenenza;
- 4) l'esperienza lavorativa nella funzione di Posizione Organizzativa dell'area di riferimento oggetto del bando;
- 5) l'esperienza lavorativa c/o l'unità operativa dell'Area di riferimento oggetto del bando;
- 6) un curriculum formativo e professionale, datato e firmato dall'interessato;
- 7) Fotocopia di un documento d'identità;

1. Le domande pervenute e la verifica dei requisiti di idoneità dei candidati saranno verificati da un'apposita commissione nominata ai sensi dell'art. 4 del Regolamento di Area Vasta.

La Commissione avrà a disposizione 30 punti così suddivisi:

**1) Massimo 3 punti per i titoli culturali, professionali e pubblicazioni:**

- |  |                  |
|--|------------------|
| - lauree/master e abilitazioni professionali   | fino a punti 2   |
| - corsi di formazione attinenti l'incarico da conferire, funzioni direttive, manageriali, organizzative, sulla formazione, qualità o sicurezza | fino a punti 3   |
| - pubblicazioni attinenti il posto da conferire  | fino a punti 1   |
| - attività didattica attinente   | fino a punti 1   |
| - altri titoli   | fino a punti 0,5 |

**2) Massimo 7 punti per esperienze lavorative**

- servizi prestati presso Aziende o Enti del SSN, Aziende o Enti Pubblici:





Nell'Area di riferimento (Dipartimento per i servizi sanitari e Unità Operative per i servizi amministrativi, tecnici e professionali), nella funzione di posizione organizzativa per anno 1,800

Nell'Area di riferimento (Dipartimento per i servizi sanitari e Unità Operativa per i servizi amministrativi, tecnici e professionali) in cat. D per anno 1,200

### **3) Massimo 20 punti per il colloquio**

La Commissione per il colloquio dispone di 20 punti. La prova si considera superata al raggiungimento di una valutazione di sufficienza pari a punti 12/20, il colloquio verterà su materie attinenti alla P.O. che deve essere attribuita.

La Commissione al termine dei lavori trasmette un elenco di candidati idonei al Direttore di Area Vasta il quale provvede con atto scritto e motivato al conferimento dell'incarico.

Al fine di dare stabilità al sistema gli incarichi di Posizione Organizzativa avranno normalmente durata triennale.

I candidati che hanno inoltrato domanda di partecipazione all'avviso, dovranno presentarsi il **23 gennaio 2018 alle ore 9,00** muniti di valido documento di identità c/o la sede amministrativa dell'Area Vasta 1 – Via Ceccarini 38 Fano (sala biblioteca). Nello stesso giorno verrà notificata l'esclusione ai candidati presenti non ammessi.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla U.O.C. Gestione risorse umane – Ufficio Sistema Premiante dell'Area Vasta 1 – via Ceccarini, 38 – 61032 Fano (PU) – telefono 0721 1932728 oppure 0721 1932580 fax 0721 1622142 (orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 12,00).

***Direttore di Area Vasta  
Dr. Giovanni Fiorenzuolo***



FAC SIMILE  
SCHEMA DI DOMANDA

**AL DIRETTORE DI AREA VASTA  
N.1  
ASUR MARCHE  
VIA CECCARINI, 38  
61032 – FANO (PU)**

**OGGETTO:** Art. 20 CCNL 07/04/99 e ss.mm.ii. Domanda di partecipazione all'avviso interno per il conferimento di incarico di Posizione Organizzativa c/o Servizio \_\_\_\_\_:  
Ruolo Sanitario Area Infermieristica denominato \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a a partecipare all'avviso interno per il conferimento di n. 1 incarico di Posizione Organizzativa c/o Servizio \_\_\_\_\_:  
Ruolo Sanitario Area Infermieristica denominato \_\_\_\_\_**

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sull'identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
2) di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_; codice fiscale \_\_\_\_\_

3) di essere in possesso dei **requisiti specifici di ammissione:**

- a) di essere in servizio a tempo pieno e indeterminato c/o l'Area Vasta n. 1;
- b) di appartenere alla Cat. D/DS del Ruolo Sanitario Area Infermieristica;

4) di avere prestato i seguenti servizi presso Aziende o Enti del SSN, Aziende o Enti Pubblici: nell'area di riferimento (Unità Operativa per i servizi amministrativi) nella funzione di Posizione Organizzativa:

Ente	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto	Cause di risoluzione
	Dal	Al			
			Posizione Organizzativa c/o UOC/Serv/Dip_____		
			denominata_____		

5) di avere prestato i seguenti servizi presso Aziende o Enti del SSN, Aziende o Enti Pubblici:  
nell'area di riferimento (Unità Operativa per i servizi amministrativi) in Cat. D/Ds:

Ente	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto	Cause di risoluzione
	Dal	Al			
			Coll. Professionale Cat. D/Ds c/o UOC/Serv/Dip_____		
			denominata_____		

6) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Chiede, inoltre, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente selezione deve essere inviata al seguente indirizzo:

Sig./ra \_\_\_\_\_ indirizzo Via \_\_\_\_\_ n.  
 \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_\_\_)  
 (tel. \_\_\_\_\_; recapito di posta elettronica  
 \_\_\_\_\_)

Allega i seguenti documenti:

- un elenco con indicati tutti i documenti e titoli prodotti (presentati in originale o autocertificati);
- curriculum formativo professionale datato e firmato;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

(luogo)(data) \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 del DPR n. 445/2000)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 del DPR n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del  
DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di  
incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato  
dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della  
dichiarazione, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**le dichiarazioni di cui sopra hanno la stessa validità degli atti che sostituiscono:**

che le fotocopie dei seguenti documenti:

---

---

---

---

---

---

---

---

**sono la riproduzione totale o parziale dei corrispondenti originali in mio possesso.**

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

(Firma per esteso del dichiarante)

**N.B: Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**