

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA DI NUORO**

**E' INDETTO AVVISO INTERNO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE
DI ALTA SPECIALIZZAZIONE "MEDICO COMPETENTE"**

1. GENERALITA'

E' indetto avviso interno (in ottemperanza dell'art. 7 co. 6 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m. e i. che prevede la necessità di assolvere gli incarichi con il personale interno in possesso dei prescritti requisiti) per il conferimento di un incarico professionale di alta specializzazione di medico competente riservato ai Dirigenti medici, in servizio a tempo indeterminato presso l'intestata Azienda e in possesso di almeno 5 anni di anzianità di servizio,

2. REQUISITI DI AMMISSIONE

I requisiti generali per l'ammissione sono i seguenti:

1. Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia o laurea magistrale in Medicina e Chirurgia;
2. Iscrizione all'albo dell'Ordine dei medici-chirurghi.
3. Ulteriori requisiti previsti dall'art. 38, comma 1, del D.Lgs 81/2008 e, precisamente, uno dei seguenti:
 - a) *Specializzazione in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica;*
 - b) *Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;*
 - c) *Autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;*
 - d) *Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale;*

Si specifica che, ai sensi dell'art. 38, comma 2, del D.Lgs 81/2008 i medici in possesso di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale, sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari definiti con apposito decreto del Ministero dell'università e della ricerca di concerto con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. I soggetti di cui al precedente periodo i quali, alla data di entrata in vigore del DLgs 81/2008, abbiano svolto le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore dello stesso, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni.

Inoltre, che ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.Lgs 81/2008, per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni e integrazioni, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del suddetto decreto legislativo. I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina «medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro».

Si precisa altresì che ai sensi dell'art. 38 comma 4 del D.Lgs 81/2008 i medici in possesso dei titoli e dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs 81/2008 devono risultare iscritti o provvedere

all'iscrizione nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Poiché, ai sensi dell'art. 15 della L. 183 del 12/12/2001, dal 01/01/2012 non è più possibile richiedere o accettare certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni in ordine a stati, qualità personali e fatti, in luogo dei certificati i candidati potranno presentare le relative dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

3. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice e secondo lo schema allegato al presente bando, deve essere indirizzata al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria di Nuoro Via Demurtas n. 1 -08100 - Nuoro).

Nella domanda di partecipazione gli aspiranti devono dichiarare sotto la propria responsabilità:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- 3) il possesso dei requisiti generale e specifici di ammissione;
- 4) gli eventuali servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- 5) gli eventuali ulteriori titoli ritenuti utili ai fini dell'assegnazione dell'incarico;
- 6) di accettare tutte le condizioni del bando di concorso;
- 7) di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003;

La domanda deve essere sottoscritta, pena l'esclusione. Tale sottoscrizione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, non necessita di autentica.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate.

4. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Sono ammesse tre modalità per la presentazione delle domande:

- la consegna a mano all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in via Demurtas n. 1 - Nuoro, negli orari di apertura dello stesso (dal Lunedì al Venerdì: 9.00 – 12.30; il Martedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 17.00);
- invio all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: protocollo@pec.aslnu.it, avendo cura di allegare in un unico invio e in formato pdf, tutta la documentazione richiesta. Non saranno acquisite eventuali comunicazioni provenienti da caselle di posta NON certificata;
- la trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento.

La busta che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura "Domanda di partecipazione conferimento incarico professionale di alta specializzazione Medico competente"

Stante l'urgenza, la domanda di partecipazione deve pervenire **entro il giorno**

18.07.2016, decimo giorno successivo dalla data di pubblicazione del presente avviso nel sito web aziendale.

In caso di invio tramite posta non farà dunque fede il timbro dell'ufficio postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

La mancata presentazione della domanda nel termine previsto dall'avviso determina l'automatica esclusione dal concorso.

L'Amministrazione declina fin d'ora ogni responsabilità per il mancato recapito di documenti dipendente da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale - uffici concorsi - dell'Azienda Sanitaria di Nuoro dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00 ai seguenti numeri telefonici 0784 - 240813 - 240842 - 240891.

5. DOCUMENTAZIONE

I candidati, alla domanda di partecipazione, devono allegare la seguente documentazione:

- 1) dichiarazioni sostitutive ex DPR 445/2000 attestanti il possesso dei requisiti generali e specifici di cui al precedente articolo 2;
- 2) dichiarazioni sostitutive ex DPR 445/2000 relative ai titoli ritenute utili agli effetti della valutazione di merito per l'assegnazione dell'incarico
- 3) un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- 4) la fotocopia (fronte e retro) di un valido documento di identità o documento di riconoscimento equipollente ai sensi del D.P.R.445/2000, ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio;

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Le pubblicazioni saranno valutate solo se presentate in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale (con le modalità di cui agli artt. 19 e 47 DPR 445/2000).

I documenti ed i titoli presentati non saranno restituiti.

6. CONFERIMENTO DELL'INCARICO

L'incarico verrà conferito dal Commissario Straordinario ad uno dei candidati in possesso dei requisiti di ammissione sulla base di una valutazione comparata dei curricula prioritariamente riferita alla verifica del possesso di specifiche conoscenze, competenze ed esperienze utili per lo svolgimento delle funzioni di Medico Competente.

7. TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA SULLA PRIVACY

I dati personali forniti dal candidato saranno raccolti presso il competente Servizio del Personale per le finalità di gestione della procedura concorsuale e saranno trattati anche successivamente, nell'eventualità di assunzione, per la gestione del rapporto di lavoro. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi della L. 241/90.

Il conferimento di tali dati e l'autorizzazione al trattamento degli stessi, sono resi

obbligatori ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione. La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa nonché, nell'eventualità di costituzione del rapporto di lavoro, per la finalità di gestione del rapporto stesso.

8. MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DEL CONCORSO

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, riaprire o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti possano sollevare eccezioni, diritti o pretese di sorta.

9. NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

F.to Il Commissario Straordinario
Dott. Mario Carmine Antonio Palermo

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
dell'Azienda Sanitaria di Nuoro

Via Demurtas n. 1
08100 - Nuoro

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso l'Azienda Sanitaria di Nuoro dal nell'U.O.
di.....

.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla manifestazione di interesse per il conferimento dell'incarico professionale di alta specializzazione "Medico Competente"

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere nato/a a _____ (Prov. ____) il _____;

di risiedere a _____ Prov. di _____ C.A.P. _____ in via _____ n. _____;

di avere il proprio domicilio in _____ Prov. di _____ CAP _____ in via _____ tel. _____

e-mail _____

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso _____ l'Università degli Studi di _____ in data _____;

di essere abilitato/a all'esercizio della Professione (indicare estremi) n. _____ sede _____;

2) di essere in possesso del titolo di Specializzazione in _____ conseguito presso L'Università degli Studi di _____ con sede in _____, in data _____.

Di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti alternativi alla richiesta specializzazione:

- *Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica* del _____ lavoro presso _____ dal _____;

- *Autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277* (data _____, n. _____);

3) di aver maturato i crediti formativi previsti dall'art. 2 del presente bando e dall'art. 38 del d.lgs 81/2008 ovvero, in alternativa, della prescritta e documentata esperienza annuale maturata alla data di entrata in vigore dello stesso d.lgs (allegare copie conformi all'originale degli ECM conseguiti);

4) di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti al n. _____;
(ovvero in caso di mancata iscrizione indicarne le motivazioni ostative)

.....
.....

di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);

che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000.

che ogni eventuale comunicazione relativa al concorso deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dr. _____ via _____
CAP. _____ Comune _____ Prov _____ Tel _____
E-MAIL/PEC: _____.

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- a) Curriculum formativo-professionale datato e firmato;
- b) Un elenco dei documenti e titoli presentati;
- c) Autocertificazioni redatte ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. che il candidato ritenga opportune per la formulazione della graduatoria di merito;
- d) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità (ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio);

DATA _____

(FIRMA) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (Prov. _____) il _____ risiedente
in _____ Prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____,
sotto la propria responsabilità e 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. n° 445/2000,

DICHIARA

(da utilizzare per certificare tutti gli stati, fatti e qualità personali non previsti dall'art. 46
DPR 445/2000 - ad esempio attività di servizio - specificando con esattezza tutti gli
elementi e i dati necessari):

(es: in caso di lavorativa):

Ente (pubblico - privato accreditato SSN o non accreditato SSN) _____
_____ dal _____ al _____ in
qualità di _____
natura del contratto (contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.....)
_____ tipologia del contratto (tempo pieno - parziale)
_____ per n° ore settimanali _____; Tutto ciò che si renda
necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso
_____.

Ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79.

DATA _____

(FIRMA) _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI
CONFORMITA' DELLA COPIA ALL'ORIGINALE**

Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (Prov. _____) il _____ risiedente in
_____ Prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. N° 445/2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

(a titolo esemplificativo, si evidenzia che con la presente dichiarazione si può
certificare la conformità all'originale di copia dei seguenti documenti)

- della pubblicazione dal titolo _____
edita da _____ in data _____,
numero coautori _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a
pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale in
possesso di _____;

- de abstract/poster/atto congressuale dal titolo _____
edita da _____ in data _____,
numero coautori _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a
pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale in
possesso di _____;

DATA _____

(FIRMA) _____