



## Azienda pubblica di servizi alla persona "OPERA PIA COIANIZ"

Via P. Coianiz, 8 - 33017 TARCENTO (UD) - ☎ 0039 0432 780735-780736  
☎ 0039 0432 780715 - e-mail segreteria@operapiacoianiz.it - C.F. e P. I. 00512430307

### **AVVISO PUBBLICO PER LA NOMINA E IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO DELL'AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "OPERA PIA COIANIZ"**

In esecuzione della deliberazione del Consiglio d'amministrazione n. 19 del 14 settembre 2017, e ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento di organizzazione dell'Azienda, il Direttore Generale dell'Azienda pubblica di servizi alla persona "Opera Pia Coianiz"

#### **RENDE NOTA**

l'indizione di una selezione pubblica per *curricula* per la nomina del Direttore sanitario dell'Azienda pubblica di servizi alla persona per un periodo di 2 anni rinnovabili con inizio dell'incarico alla data della effettiva nomina del professionista.

Il Consiglio di amministrazione procederà alla nomina del Direttore sanitario nel rispetto dell'art. 7 c. 6 del D. Lgs. 165/2001.

L'incarico ha natura fiduciaria e l'incaricato verrà nominato dal Consiglio d'amministrazione previo esame dei *curricula* pervenuti in tempo utile e sulla base del giudizio non vincolante di una commissione di esperti all'uopo nominata.

I lavori della commissione esaminatrice potranno anche prevedere colloqui individuali con i candidati, ai quali presenzierà anche un membro del Consiglio d'amministrazione scelto dal medesimo organo.

#### **ART 1. PROFESSIONALITA' RICHIESTE E FUNZIONI**

L'incarico di Direttore Sanitario comporta l'assolvimento dei seguenti principali compiti:

- sovrintendere i servizi sanitari dell'Azienda rispondendone, ai fini igienico-sanitari, presso gli organi competenti;
- vigilare sullo stato di salute degli ospiti dell'Opera Pia Coianiz (Modulo RSA e Casa di Riposo) secondo le norme che regolano la professione medica;
- vigilare sull'archivio delle cartelle cliniche e curare la trasmissione alle Autorità competenti delle denunce delle malattie contagiose e di ogni altra denuncia prescritta dalle disposizioni di legge;
- rilasciare agli aventi diritto le certificazioni mediche riguardanti i degenti;
- concedere le autorizzazioni sanitarie per il ricovero dei richiedenti;
- pianificare e attuare iniziative di coordinamento con le altre istituzioni sanitarie e sociosanitarie;
- eseguire visite ed accertamenti sanitari disposti dall'Amministrazione, partecipando alle eventuali commissioni da essa nominate;
- promuovere periodicamente incontri con il personale sanitario e di assistenza per istruire sulle metodologie generali (es. patologie infettive), per discutere su casi particolari e per verifiche di lavoro.

Il Direttore Sanitario presiede in base al "Regolamento di Organizzazione" l'Area delle Cure Mediche, le cui attività principali nell'allegato C) del Regolamento medesimo, consultabile sul sito istituzionale alla pagina [http://www.operapiacoianiz.it/fileadmin/user\\_operapiacoianiz/Regolamenti/Regolam\\_organizzaz14.pdf](http://www.operapiacoianiz.it/fileadmin/user_operapiacoianiz/Regolamenti/Regolam_organizzaz14.pdf).

#### **ART 2. TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La candidatura dovrà essere presentata inderogabilmente entro il **10 ottobre 2017**.

La domanda - ed allegati prodotti in formato pdf e firmati digitalmente - dovrà essere trasmessa tramite

Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: [operapiacoianiz@pec.it](mailto:operapiacoianiz@pec.it).

### **ART 3. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda dovrà essere redatta sul modello allegato, sottoscritta dall'aspirante con sottoscrizione digitale e dovrà riportare l'indicazione completa dei dati personali e di quelli utili ai fini professionali, compreso l'eventuale numero e anno di iscrizione al relativo Ordine professionale.

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- curriculum vitae e professionale debitamente datato e sottoscritto completo di tutte le informazioni che consentano di valutare adeguatamente la competenza e l'esperienza professionale possedute;
- dichiarazione sostitutiva come da allegato;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

In alternativa alla sottoscrizione digitale, la domanda è sottoscritta con firma autografa, ed inviata a seguito di scansione del documento così redatto.

### **ART 4. DURATA DELL'INCARICO E COMPENSO**

Il compenso mensile lordo che verrà erogato è pari a € 2.500,00 (duemilacinquecento euro).

Il compenso sarà corrisposto con le modalità previste dal contratto che le parti andranno a sottoscrivere in seguito alla nomina.

E' previsto un impegno minimo settimanale di 15 ore.

### **ART 5. INCOMPATIBILITA'**

I candidati non devono trovarsi nelle situazioni di inconferibilita' e incompatibilita' previste dalla L. 190/2012 e dal D. Lgs. 39/2013.

### **ART 6. DISPOSIZIONI FINALI**

Al fine di rendere nota la presente procedura questo avviso è pubblicato all'albo pretorio on-line dell'Azienda pubblica di servizi alla persona "Opera Pia Coianiz", è inserito nella sezione Amministrazione trasparente/Bandi di gara e contratti del sito istituzionale ed è inoltre trasmesso all'ordine dei medici della provincia di Udine.

Il trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente, è esclusivamente finalizzato agli adempimenti per le finalità di cui al presente avviso.

L'Opera Pia Coianiz, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., informa che tratterà i dati contenuti nelle domande e nei *curricula*, esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti relativi al presente avviso.

IL DIRETTORE GENERALE

dott. Sandro Bruno

*Documento informatico firmato digitalmente che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa, ai sensi del D. Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate*

Spett.le  
Azienda pubblica di servizi alla persona  
**"OPERA PIA COIANIZ"**  
Via P. Coianiz, n. 8  
33017 TARCENTO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, con recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

#### P R E S E N T A

la propria candidatura ai fini della nomina e del successivo incarico di Direttore Sanitario in relazione all'AVVISO PUBBLICO approvato con deliberazione del Consiglio d'amministrazione n. 19 del 14 settembre 2017.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole del fatto che le dichiarazioni rese e sottoscritte nella presente domanda hanno valore di autocertificazione per essere prodotte in sostituzione della relativa certificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e che nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, si è puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000),

#### D I C H I A R A

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Istituto / Università \_\_\_\_\_, di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;
4. di essere iscritto all'Ordine/Elenco \_\_\_\_\_;
5. di non essere nelle condizioni di incompatibilità di cui alla Legge Anticorruzione n. 190/2012 e al D. Lgs. n. 39/2013;
6. di manifestare il proprio consenso, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti per le finalità e nei limiti di cui al bando concorsuale e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa, nella consapevolezza che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dal concorso;
7. di allegare alla presente:
  - 1) curriculum professionale;

2) copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_