

Fax-simile

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera di Cosenza
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Via San Martino Snc
87100 Cosenza

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO RIVOLTO AL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI – PROFILO PROFESSIONALE DEL RUOLO SANITARIO – PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE: INFERMIERE, PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA DI COORDINAMENTO PRESSO L'UOSD MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO, AI SENSI DEL VIGENTE CCNL COMPARTO SANITÀ – TRIENNIO 2019/2021.

Il/La sottoscritto/a _____

Recapito telefonico: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso interno indicato in epigrafe ed a tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni false e mendaci, disciplinate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____, il _____;
- di essere residente in _____ alla via _____, n. _____;
- di avere il seguente codice fiscale: _____;
- di essere dipendente di codesta Azienda Ospedaliera con rapporto a tempo indeterminato/determinato nel profilo di _____ con decorrenza dal ____/____/_____, presso l'U.O. _____;
- di aver avuto valutazioni annuali positive nell'ultimo biennio disponibile in ordine cronologico;
- di non aver riportato provvedimenti disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni, anteriori alla scadenza del presente avviso;
- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 6, comma 4 e 5 della legge n. 43/2006 – ovvero “L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti”:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.”

- di essere idoneo/a alla qualifica collegata all'incarico oggetto della presente selezione;
- di presentare curriculum formativo e professionale di seguito dichiarato in forma di autocertificazione rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 e incluso nella presente domanda;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso interno;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. lgs n. 196/2003, al Regolamento Europeo n. 679/2016 e al D. Lgs n. 101/2018;
- di impegnarsi a comunicare eventuali successive variazioni.

Il/La Sottoscritto/a:

- È consapevole che:
 - la convocazione al colloquio previsto dall'avviso verrà pubblicata sul sito aziendale <https://www.aocosenza.it> – sezione “*Concorsi e Avvisi*”;
 - qualunque altra comunicazione inerente il presente avviso da parte dell'A.O. di Cosenza verrà effettuata al seguente indirizzo di posta elettronica _____, esonerando codesta Azienda da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità.
- Si candida per:

Unità Organizzativa	Descrizione incarico	Tipologia	Importo

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, PER L'ATTRIBUZIONE DELL'INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA DI COORDINAMENTO PRESSO L'UOSD MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 445/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge n. 183/2011;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

(Compreso quello richiesto quale criterio di accesso):

(Da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente. Utilizzare il presente schema tante volte quanto necessita)

- Diploma di laurea o Titolo equipollente in _____
Conseguito in data _____, presso _____
con sede in _____;
- Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'Area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270 conseguito in data _____, presso _____
con sede in _____;
- Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive conseguito ai sensi del R.D. 21/11/1929, n° 2330; conseguito in data _____, presso _____
con sede in _____;

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

conseguito in data _____, presso _____

con sede in _____.

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

conseguito in data _____, presso _____

con sede in _____.

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

conseguito in data _____, presso _____

con sede in _____.

ESPERIENZE PROFESSIONALI

(Maturate nello specifico ambito della funzione oggetto dell'incarico o in ambito ad esso correlato):

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze professionali riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.);
- Struttura Privata Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale;

con contratto di tipo:

- dipendente;
- in regime convenzionale (fornirne dati identificativi): _____
- contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

In qualità di _____

- a tempo determinato con rapporto di lavoro
- tempo pieno impegno ridotto (ore sett. _____)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro
- tempo pieno impegno ridotto (n. ore sett. _____)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO SI

Per i seguenti motivi _____

PERCORSI FORMATIVI A CONTENUTO PROFESSIONALE SPECIFICO

(Pertinenti all'incarico da attribuire):

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita).

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale; non previsto esame finale

Crediti ECM n. _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale; non previsto esame finale

Crediti ECM n. _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESEZIATO COME: UDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA
 RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

con superamento esame finale; non previsto esame finale

Crediti ECM n. _____

SI ALLEGANO SCHEDE DI VALUTAZIONI RELATIVE ALL'ULTIMO BIENNIO DISPONIBILE IN ORDINE CRONOLOGICO (La media sarà effettuata su base aritmetica).

Data _____

Firma _____