

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

In particolare, le dichiarazioni sostitutive rese per attestare i servizi prestati devono contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione del datore di lavoro (azienda sanitaria, agenzia interinale, società cooperativa, struttura sanitaria privata convenzionata/non convenzionata), la qualifica o il profilo professionale, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo determinato/indeterminato, a tempo pieno/parziale, con indicazione dell'impegno orario settimanale), la natura del rapporto (dipendente o autonomo), le date di inizio e fine del servizio e le eventuali interruzioni (indicando con precisione giorno, mese ed anno).

Relativamente ai corsi di aggiornamento è necessario indicare l'ente che ha organizzato il corso, l'oggetto e la data di svolgimento dello stesso, l'eventuale superamento di esame finale.

Si porta a conoscenza dei concorrenti interessati che ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.P.R. n° 483/1997 i periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma, prestati presso le Forze Armate e nell'Arma dei Carabinieri, ai sensi degli artt. 2050 e 2051 del D.Lgs. n° 66/2010, sono valutati con i corrispondenti punteggi previsti per i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni

4) VALUTAZIONE TITOLI E PROVE D'ESAME

La Commissione esaminatrice, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR 483/1997, dispone complessivamente di 100 punti così ripartiti:

- a) 40 punti per i titoli;
- b) 60 punti per le prove d'esame

Le prove d'esame, sono le seguenti:

- PROVA SCRITTA: soluzione di quesiti a risposta sintetica in numero pari a 5, vertenti sulla disciplina o sulla materia di competenza, una domanda di organizzazione sanitaria e una ulteriore domanda a carattere gestionale organizzativo, secondo quanto previsto dalle disposizioni di cui al DCA U00154 e alla nota circolare prot. 306022 del 10 giugno 2016;
- COLLOQUIO ORALE: Vertente sugli argomenti della prova scritta, nonché su elementi di informatica e sulla verifica della conoscenza, di una lingua straniera a scelta tra inglese e francese.

La convocazione alle prove verrà comunicata mediante pubblicazione di apposito avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e nel sito web www.aslroma1.it alla voce "avvisi e concorsi".

I candidati che non si presenteranno a sostenere la prova scritta nei giorni, nelle ore e nelle sedi stabilite, saranno considerati rinunciatari alla procedura selettiva, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei medesimi.

Il superamento della prova scritta è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

La Commissione, al termine delle prove di esame, formula la graduatoria di merito dei candidati. E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito in ciascuna delle prove di esame, la prevista valutazione di sufficienza.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1**5) COMMISSIONE ESAMINATRICE**

La commissione esaminatrice sarà nominata con atto del Direttore Generale, nella composizione di cui al Decreto del Commissario ad acta n. U00539/2015 come modificato dal Decreto del Commissario ad acta n. U00154/2016 e dalla circolare della Direzione regionale Salute e Politiche sociali n. 306022 del 10 giugno 2016.

6) CONVOCAZIONE DEI CANDIDATI PER LE PROVE D'ESAME

L'elenco dei candidati ammessi alla procedura selettiva verrà pubblicato sul sito web www.aslroma1.it alla voce avvisi e concorsi, alla pagina riguardante la presente selezione.

I candidati ammessi verranno convocati per sostenere la prova scritta mediante pubblicazione del calendario d'esame nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e nel sito web di cui sopra alla medesima voce, non meno di quindici giorni prima della data fissata per la prova.

I candidati dovranno presentarsi per sostenere le prove d'esame muniti di documento d'identità valido a norma di legge.

I candidati che non si presenteranno a sostenere le prove d'esame nei giorni, nelle ore e nelle sedi stabilite, saranno considerati rinunciatari, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei medesimi. Ai fini organizzativi non sarà possibile alcun cambiamento riferito ai giorni, ora e sede di esame rispetto a quello fissato nel calendario delle prove.

7) GRADUATORIA

La commissione esaminatrice, al termine delle prove d'esame, formulerà la graduatoria di merito dei candidati. Sarà escluso dalla graduatoria il candidato che non avrà conseguito, in ciascuna delle prove d'esame, la prevista valutazione di sufficienza.

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. n° 487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni.

La graduatoria sarà trasmessa dalla commissione agli uffici amministrativi dell'Azienda per i provvedimenti di competenza.

Saranno dichiarati vincitori, nei limiti dei posti autorizzati, i candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito, tenuto conto di quanto disposto da altre disposizioni di legge in vigore che prevedono riserve di posti in favore di particolari categorie di cittadini.

La graduatoria di merito sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale e sarà immediatamente efficace. La graduatoria della procedura selettiva sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web aziendale.

8) ADEMPIMENTI DEI VINCITORI

I candidati dichiarati vincitori dovranno prendere servizio, previa stipula del contratto individuale di lavoro, nel termine di 30 giorni dalla data di comunicazione, salvo giustificati motivi.

Nello stesso termine dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, di non avere altri rapporti d'impiego pubblico o privato e di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalle vigenti disposizioni in materia.

9) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1, del D.Lgs. 30.6.2003, n° 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la ASL Roma 1 per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità di cui sopra.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti della ASL Roma 1 titolare del trattamento.

10) DISPOSIZIONI VARIE

Per quanto non previsto dal presente bando, valgono le disposizioni vigenti in materia.

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il bando della procedura selettiva.

Per informazioni inerenti l'ammissione al concorso, il calendario delle prove d'esame e l'esito delle stesse, consultare il sito web www.aslroma1.it alla voce "avvisi e concorsi", alla pagina riguardante la presente selezione, ove saranno rese disponibili appena possibile.

Per eventuali ulteriori informazioni rivolgersi all'ufficio concorsi dell'Azienda ai numeri: 06.68352560 – 7101 - 2478.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Tanese

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

Schema esemplificativo di domanda di partecipazione

Al Direttore Generale ASL Roma 1
Borgo S. Spirito 3
00193 Roma

Il/La sottoscritto/achiede di poter partecipare alla procedura selettiva finalizzata alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015 e del Decreto del Commissario ad acta n. U00539/2015 per come modificato dal Decreto del Commissario ad acta n. U00154/2016 per n. 2 posti di Dirigente medico disciplina Odontoiatria pubblicato sul B.U.R.L. n. dele, per estratto sulla G.U. della Repubblica Italiana n. del

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle prescrizioni di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000:

- a. di essere nato a il
- b. di essere residente in via n. cap. tel.
- c. di essere cittadino italiano (ovvero equivalente)
- d. di godere dei diritti politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di(ovvero specificare il motivo della non iscrizione o della cancellazione dalle medesime)
- e. di non aver riportato condanne penali (ovvero.....)
- f. di essere in possesso della Laurea in Odontoiatria ovvero Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il presso
- g. di essere iscritto all'ordine dei Medici della provincia di
- h. di aver conseguito la specializzazione inin data presso
- i. di aver assolto agli obblighi militari (ovvero....)
- j. di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni (specificare le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego) con evidenziazione dei servizi prestati che danno diritto alla partecipazione al percorso di stabilizzazione ex DPCM 06.03.2015 :
- k. di aver diritto di preferenza a parità di punteggio della graduatoria di merito, come previsto dall'art. 5 del DPR 09/05/1994 n. 487 e s.m.i., essendo in possesso dei seguenti titoli.....
- l. di avere n. figli a carico
- m. di esprimere il proprio assenso per le finalità inerenti la gestione del presente concorso, all'utilizzo dei dati personali forniti
- n. di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata ed il recapito telefonico presso il quale deve essere fatta ad ogni effetto ogni necessaria comunicazione:
- o. la conformità delle fotocopie dei titoli e/o pubblicazioni, allegate alla domanda, agli originali in suo possesso ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 (la presente dichiarazione deve essere resa qualora siano allegate alla domanda copie non autenticate di pubblicazioni o altri titoli)

Allega alla presente:

- 1) curriculum formativo e professionale, datato e firmato
- 2) elenco dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato

Data.....

firma

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 1

Schema autocertificazioni

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

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/La sottoscritto/anato/a aprov.

Il residente aprov. via

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Preso atto di quanto disposto dall'art. 46 del DPR n. 445/2000, a norma del quale sono comprovati con dichiarazione sottoscritta dall'interessato e prodotta in sostituzione delle normali certificazioni gli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. medesimo

DICHIARA

Luogo e data

Il dichiarante

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il sottoscritto
 codice fiscale
 nato a il, residente
 in Via/Piazza n
 Località Prov. CAP
 consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai
 sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli di studio:

conseguita presso
 voto in data
 Per i titoli conseguiti all'Esteri: Riconoscimento n. rilasciato da
 il
 Specializzazione in conseguita presso
 voto in data
 Per i titoli conseguiti all'Esteri: riconoscimento n. rilasciato da
 il

Altro (es. Dottorato di ricerca, Master universitario)
 conseguito presso
 in data

Iscrizione all'Albo/Collegio n. di dal
 ovvero indicare il Paese Europeo di iscrizione

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione):
 Tipologia :
 Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
 Profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina:
 Tipologia del rapporto di lavoro
 A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)
 A tempo pieno / a tempo parziale:
 Ricorrono / non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN) le
 condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma DPR 761/1979

Indicare i periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite:
 Dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) Motivazione
 dell'assenza

Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o altro):
 Titolo:

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

Autori
 Rivista scientifica / altro
 Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività di docenza svolte:

Titolo del Corso
 Ente Organizzatore
 Data/e di svolgimento Ore docenza n.
 Materia di insegnamento:.....

Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:

Titolo del Corso
 Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento
 Data/e di svolgimento Ore complessive n.
 Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti):

Altre attività svolte (utilizzare questo spazio per dichiarare, ad esempio, borse di studio, assegni di ricerca, tirocini volontari ed attività similari, seguendo lo schema utilizzato per le esperienze lavorative e/o professionali):

.....

(Solo per i cittadini di Stati membri della Unione Europea) Dichiarazione relativa al godimento dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza o provenienza, al possesso di tutti i requisiti previsti per i cittadini italiani, ad eccezione della cittadinanza italiana, nonché di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana:

.....

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

.....
 Luogo e data

FIRMA.....

.....

.....

.....

.....

.....