

## **Enti Pubblici**

Aziende Sanitarie Locali ed altre istituzioni sanitarie

ASL ROMA 1

Avviso

**INDIZIONE AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTI MEDICI -DISCIPLINA IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA**

## **INDIZIONE AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTI MEDICI - DISCIPLINA IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA**

In esecuzione della deliberazione n. 393 del 23/04/2019 è indetto avviso pubblico per titoli e colloquio per la copertura a tempo determinato per la durata di 12 mesi per Dirigente Medico - disciplina Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica.

### **REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare all'avviso pubblico coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti di ammissione di cui al D.P.R. n. 483 del 10/12/1997 e precisamente:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalla legge vigente, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- b) idoneità fisica alla mansione specifica del profilo oggetto dell'avviso. Il relativo accertamento è effettuato a cura della scrivente Azienda, prima dell'immissione in servizio;
- c) laurea in Medicina e Chirurgia;
- d) specializzazione nella disciplina messa a concorso ovvero disciplina equipollente ai sensi del DM del 30/01/1998 ovvero in disciplina affine ai sensi del DM del 31/01/1998 e successive modificazione e integrazioni;
- e) iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici – chirurghi, attestata da certificato rilasciato in data non anteriore a mesi sei rispetto a quello di scadenza del bando ovvero autocertificata. L'iscrizione all'albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Possono partecipare alla selezione, ai sensi della Legge n. 148 del 30/12/2018, commi 547 e 548, i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso di specializzazione.

Tutti i suddetti requisiti debbono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

Non possono accedere all'impiego coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego, ovvero licenziati presso pubbliche amministrazioni.

### **DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di partecipazione, redatta in carta semplice e firmata dall'interessato, deve essere indirizzata al Direttore Generale della ASL ROMA 1 Borgo Santo Spirito n. 3 – 00193 Roma e presentata nei termini e nei modi previsti nel paragrafo “*Modalità e termini di presentazione della domanda*”.

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, in forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. 445/2000:

- a) il cognome e il nome, la data ed il luogo di nascita, la residenza;
- b) il possesso della cittadinanza europea o equivalente. I cittadini degli Stati dell'Unione europea devono dichiarare:
  - di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza;
  - di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
- c) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) ed i procedimenti penali eventualmente pendenti a loro carico;
- e) il titolo di studio posseduto, con l'indicazione dell'anno in cui è stato conseguito e l'istituto che lo ha rilasciato, nonché tutti i requisiti specifici di ammissione richiesti dal concorso. Se il titolo di studio è stato conseguito all'estero dovrà risultare l'equipollenza, certificata da competente autorità;
- f) la posizione nei confronti degli obblighi militari;
- g) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego, ovvero di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
- h) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;
- i) gli eventuali altri titoli che danno diritto alla riserva o alla preferenza in caso di parità di punteggio;



- j) il domicilio presso il quale deve, essere ad ogni effetto, fatta ogni eventuale comunicazione, ed un recapito telefonico (eventuale e-mail);
- k) la titolarità dell'indirizzo di posta elettronica certificata dal quale è stata inviata l'istanza di partecipazione all'Avviso.

I candidati hanno l'obbligo di comunicare eventuali cambi di indirizzo alla ASL, la quale non assume responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

La domanda deve essere firmata in calce senza necessità di autentica. La mancata sottoscrizione della domanda comporta l'esclusione dall'avviso.

#### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

La documentazione da allegare alla domanda può essere prodotta in originale, o in copia autenticata o autocertificata secondo i termini di legge unitamente a fotocopia semplice di documento di identità personale del sottoscrittore.

La dichiarazione sostitutiva, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti dei titoli autocertificati, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione degli stessi, in caso contrario non saranno valutati.

Alla domanda di partecipazione all'avviso redatta in carta semplice secondo lo schema allegato, i concorrenti dovranno allegare un curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

Le pubblicazioni potranno essere edite a stampa o in copia autenticata o autocertificate secondo i termini di legge (art. 46 e 47 DPR 445/2000).

Alla domanda deve essere unito, in carta semplice l'elenco datato e firmato dei documenti e dei titoli presentati, numerato progressivamente in relazione al corrispondente titolo.

#### MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione e la documentazione ad essa allegata deve pervenire, a pena di esclusione entro il 30° giorno successivo a quello di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio - qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al giorno successivo non festivo - secondo la modalità di seguito riportata:

- Trasmissione esclusivamente tramite utilizzo di posta elettronica certificata personale del candidato, entro il termine di scadenza del bando, di un unico file formato PDF che comprenda la domanda di partecipazione, il curriculum, eventuali allegati e copia di documento valido di identità personale, all'indirizzo di posta elettronica certificata: [ufficioconcorsi@pec.aslroma1.it](mailto:ufficioconcorsi@pec.aslroma1.it)

L'oggetto del messaggio dovrà contenere la dicitura "Domanda Avviso pubblico Dirigente Medico - disciplina Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica" con l'indicazione del nome e cognome.

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito nella normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata personale.

Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale sopra indicata.

La domanda con i relativi allegati deve essere trasmessa in un unico file in formato PDF unitamente alla copia del documento d'identità valido entro il termine perentorio delle ore 23,59 del giorno di scadenza del termine del presente bando. La domanda dovrà essere – a pena di esclusione dell'avviso – firmata dal candidato in maniera autografa, scansionata, inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata utilizzando esclusivamente il formato PDF. La validità della trasmissione e ricezione della corrispondenza è attestata a pena di esclusione, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. L'Amministrazione non si assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei file. L'invio della domanda in altro formato comporterà l'irricevibilità della domanda stessa e la conseguente esclusione dall'avviso.

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

Verranno comunque escluse le domande spedite prima della pubblicazione dell'Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



### EVENTUALE PRESELEZIONE E CONVOCAZIONE CANDIDATI

Al fine di garantire una gestione rapida dell'avviso, in caso di ricezione di un elevato numero di domande, la ASL si riserva la facoltà di effettuare una preselezione predisposta dall'Ente o con l'ausilio di aziende specializzate in selezione del personale.

Si rappresenta che qualunque comunicazione relativa al presente avviso di selezione avverrà solo ed esclusivamente, tramite apposito avviso pubblicato sul sito internet aziendale: [www.aslroma1.it](http://www.aslroma1.it) nella sezione concorsi, almeno 15 giorni prima dello svolgimento della prova.

Tale procedura viene considerata quale notifica a tutti gli effetti ed i candidati che non si presenteranno all'eventuale preselezione o a sostenere il colloquio nel giorno, ora e sede prestabiliti saranno considerati rinunciari all'avviso.

### GRADUATORIA

La graduatoria sarà predisposta da apposita Commissione che formulerà la stessa sulla base della valutazione dei titoli e del colloquio secondo quanto previsto dal DPR 483/1997 e dalla vigente normativa che regola avvisi e concorsi pubblici.

La graduatoria sarà pubblicata sul BUR Lazio e sul sito internet aziendale.

Si precisa che i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno di specializzazione, risultati idonei, saranno collocati in apposita graduatoria separata e che l'eventuale assunzione degli stessi è subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione ed all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data di scadenza del bando.

### CONFERIMENTO INCARICHI

I candidati vincitori, ovvero nominati a seguito di eventuali utilizzi della graduatoria del presente avviso, sono tenuti a comunicare a questa Azienda nel termine di cinque giorni dal ricevimento della relativa comunicazione di nomina, presso l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda ovvero a mezzo telegramma da inviarsi presso l'indirizzo dichiarato, la propria accettazione, ovvero l'eventuale rinuncia dell'assunzione a tempo determinato.

In caso di accettazione, l'assunzione in servizio dovrà avvenire entro i successivi 15 giorni dall'accettazione.

Decorso inutilmente i predetti termini, senza riscontro in merito, il candidato sarà considerato rinunciario.

L'immissione in servizio resta subordinata all'esito della visita di idoneità specifica alla mansione da effettuarsi a cura del Medico Competente di questa Azienda.

Gli assunti in servizio, stipuleranno con l'Amministrazione un contratto individuale di lavoro a tempo determinato secondo quanto previsto dal vigente CCNL del S.S.N.

Al candidato assunto in servizio verrà attribuito il trattamento economico previsto, per il corrispondente profilo professionale, dal contratto collettivo nazionale di lavoro del Servizio Sanitario Nazionale.

Si rammenta che l'Amministrazione tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive, in esito ai quali, qualora dovesse emergere la non veridicità di quanto dichiarato, il candidato decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fatte salve le relative conseguenze penali.

### DISPOSIZIONI VARIE

Il presente avviso è indetto in applicazione dell'art. 7 del D. Lgs 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni ed è garantita parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro.

Il personale che verrà assunto dovrà essere disposto ad operare presso tutte le strutture del territorio dell'ASL ROMA 1.

La presentazione della domanda comporta l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel presente avviso. Per tutto quanto non esplicitamente previsto nel presente avviso si fa richiamo alle vigenti disposizioni in materia.

L'ASL Roma 1 si riserva la facoltà di revocare, sospendere, modificare, prorogare la procedura per ragioni di pubblico interesse o di non darvi corso, in tutto o in parte, a seguito di sopravvenuti vincoli legislativi e/o finanziari anche a seguito di processi di riordino della rete ospedaliera o di ridefinizione degli assetti organizzativi aziendali.



### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali dei candidati saranno raccolti presso le strutture organizzative aziendali per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati presso una banca dati automatizzata, eventualmente anche successivamente in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dall'avviso.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle amministrazioni pubbliche eventualmente interessate allo svolgimento dell'avviso e all'utilizzazione della graduatoria. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale. Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore UOC Stato Giuridico del Personale. L'interessato potrà far valere, presso l'Ente, il diritto di accedere ai propri dati personali per verificarne l'utilizzo, o eventualmente, per correggerli, aggiornarli nei limiti previsti dalla legge.

Per eventuali informazioni rivolgersi alla UOC Stato Giuridico del Personale e-mail: [gestionedelpersonale@aslroma1.it](mailto:gestionedelpersonale@aslroma1.it); 0668357114/2511.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Angelo Tanese)

AL DIRETTORE GENERALE DELL'ASL ROMA 1  
BORGIO SANTO SPIRITO 3 – 00193 ROMA

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_  
 (nome) \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_

Domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (indicare unicamente se diverso dalla residenza):

Via/piazza \_\_\_\_\_  
 Località \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Preso visione del bando emesso dall'ASL Roma 1

#### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per assunzioni a tempo determinato per la durata di 12 mesi nel profilo professionale di Dirigente Medico – Disciplina Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli art. 75 e 76 del suddetto D.P.R.

#### DICHIARA

- a) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ - (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza Italiana): \_\_\_\_\_;
- b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero di non essere iscritto o cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi): \_\_\_\_\_;
- c) di non aver riportato condanne penali (ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_), nonché gli eventuali processi penali in corso – (da indicare se sia stata concessa amnistia, indulto condono e perdono giudiziale) \_\_\_\_\_;
- d) di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- e) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



con votazione \_\_\_\_\_ con durata legale del corso di studi di anni \_\_\_\_\_

- f) di essere iscritto all'Albo n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- g) di trovarsi per quanto riguarda gli obblighi militari nella seguente posizione: \_\_\_\_\_;
- h) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- i) di non avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso Pubbliche Amministrazioni (ovvero di avere prestato o di prestare servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni  
 \_\_\_\_\_  
 nel profilo di \_\_\_\_\_ dal (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 con la precisazione della motivazione e della data della eventuale cessazione);
- j) di essere in possesso dei seguenti titoli comprovanti diritto di riserva, precedenza e/o preferenza di legge nella nomina previsti \_\_\_\_\_;
- k) di essere titolare dell'indirizzo di posta elettronica certificata dal quale è stata inviata la presente istanza di partecipazione;
- l) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003;
- m) di possedere tutti i requisiti previsti dal Bando e di accettare tutte le condizioni previste dallo stesso;
- n) che qualsiasi comunicazione inerente il presente Avviso di selezione pubblica deve essere fatta pervenire al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_.

Si allega alla presente:

- 1) Curriculum formativo professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000
- 2) Elenco dei documenti e dei titoli allegati
- 3) Fotocopia di un documento di riconoscimento, fronte – retro, in corso di validità datato e firmato

(Luogo) \_\_\_\_\_ (Data) \_\_\_\_\_

**(Firma per esteso)**

.....

(Pena esclusione)

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



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

Il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ 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 affetti di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Laurea in \_\_\_\_\_  
 conseguita presso \_\_\_\_\_  
 voto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Specializzazione in \_\_\_\_\_  
 conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

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

Iscrizione Albo Professionale \_\_\_\_\_  
 N° Ordine \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_;

Esperienze lavorative e/o professionali:

Azienda/Ente (indicare esatta denominazione): \_\_\_\_\_  
 tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato): \_\_\_\_\_

dal (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina e tipologia del rapporto in caso di co.co.co e/o prestazione d'opera): \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato/a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)

a tempo pieno/a tempo parziale (indicare n. ore settimanali o percentuale): \_\_\_\_\_

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.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Esperienze e/o competenze professionali attinenti l'attività oggetto dell'incarico (indicare esperienze e/o attività riconducibili al requisito specifico di partecipazione):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

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

Titolo: \_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_

Rivista scientifica /altro \_\_\_\_\_

Originale /copia conforme/ file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

Attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione, ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario):

Corso \_\_\_\_\_

Materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Anno accademico \_\_\_\_\_ Ore docenza n. \_\_\_\_\_

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 (comunque attinenti all'oggetto dell'incarico):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara 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.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_