

Servizio Sanitario della Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Via Miglietta, 5 - Lecce
AVVISO

Questa Azienda, in virtù della notevole incidenza dei casi di influenza complicata, necessitanti ricovero, che ha portato alla saturazione dei posti letto in alcuni Ospedali dell'Azienda e per assicurare urgenti ed inderogabili esigenze di carattere assistenziale, deve prevedere una dotazione di personale infermieristico atta a garantire l'assistenza ai pazienti.

Gli incarichi da conferire sono relativi a soddisfare esclusivamente questa emergenza e non posso superare, in alcun caso, la durata di 60 giorni.

A tal fine sarà utilizzato l'elenco delle domande di immediata disponibilità al servizio pervenute a questa Azienda entro e non oltre le ore 14,00 del 17/01/2017.

I requisiti di partecipazione, che devono essere posseduti alla data di scadenza del bando, sono:

- Diploma di Laurea triennale in Infermieristica o Diploma universitario di Infermiere - conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs 30/12/92 n. 502 e s.m.i, ovvero i diplomi e gli attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti ex Decreto 27 luglio 2000, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici;
- Iscrizione all'Albo professionale.

Le domande di partecipazione all'avviso, pena l'esclusione, devono essere inviate esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it.

La validità della trasmissione e ricezione della corrispondenza è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna. La domanda si intende sottoscritta se prodotta nel rispetto dell'art. 65 del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'amministrazione digitale).

Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzato alla casella di posta elettronica certificata sopra indicata.

Analogamente, non sarà considerato valido, ai fini della partecipazione al presente avviso, l'invio ad un altro, ancorchè certificato, indirizzo di posta elettronica di questa Azienda. Il candidato dovrà comunque allegare, copia di un documento valido di identità.

La domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal candidato ai sensi dell'art 39, comma 1 del D.P.R. 445/00, non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione. Inoltre, **la mancata sottoscrizione della stessa determina l'esclusione dal bando.**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione della domanda pena la non ammissione.

Si precisa, inoltre, che non saranno prese in considerazione le domande dei dipendenti di questa ASL con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato nello stesso profilo professionale oggetto dell'avviso.

Considerato che la presente procedura è stata attivata in quanto esistono imprescindibili esigenze di assistenza e salute pubblica che devono essere necessariamente assicurate con il reclutamento del

personale in oggetto, **si stabilisce di non assumere personale impossibilitato giuridicamente e/o materialmente a prestare con immediatezza la propria attività lavorativa a tempo pieno, con copertura dei turni H 24 e turni di pronta disponibilità.**

Il candidato deve produrre, pena l'esclusione dall'Avviso:

1. **domanda di partecipazione secondo l'allegato schema che deve contenere, tra l'altro, una dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti di partecipazione (diploma professionale ed iscrizione all'Albo) ed una dichiarazione di immediata disponibilità a prestare servizio attivo e a tempo pieno (copertura dei turni di servizio H24 e dei turni di pronta disponibilità) e con impegno ad assumere servizio entro 7 giorni dalla data di convocazione per la sottoscrizione del contratto di lavoro;**
2. **fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità;**

L'elenco delle disponibilità sarà formulato, per i candidati in possesso dei requisiti richiesti, secondo lo stretto ordine cronologico di ricezione delle istanze di disponibilità.

Questa ASL si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso per cause dovute a norme di contenimento di spese di personale, piano di rientro della Regione Puglia, riorganizzazione e/o ristrutturazione della rete ospedaliera e territoriale.

Il presente avviso sarà pubblicato **nella – sezione Albo Pretorio – Accesso all'Albo Pretorio - Ricerca concorso - della pagina relativa alla ASL Lecce del Portale Regionale della Salute www.sanita.puglia.it.**

Per informazioni e chiarimenti, i candidati potranno rivolgersi all'Area Gestione del Personale della ASL LECCE, Via Miglietta n. 5 – Lecce - tel.0832/215248 – 215226, indirizzo e-mail: areapersonale@ausl.le.it.

Il Direttore Sanitario
(Dott. Antonio Sanguedolce)

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Antonio Pastore)

D'ORDINE:

M. Iuliano

Il Direttore Generale
(Dott.ssa Silvana Melli)

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio PASTORE
Delegato del Direttore Generale
Dott.ssa Silvana MELLI
ai sensi dell'art. 3, comma 6,
D.Lgs. N. 502/92 ss.mm.ii.

Schema esemplificativo di domanda (Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

Al Direttore Generale della

Azienda Sanitaria Locale di Lecce
Via Miglietta, 5
73100 Lecce

Il/La... sottoscritt..... chiede di essere ammess... a partecipare all'Avviso di Pronta Disponibilità, per soli titoli, per la formulazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato di **Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere relativi all'emergenza influenza**.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace:

1. di aver preso visione del bando e di accettarne, con la sottoscrizione della presente domanda, le clausole ivi contenute;
2. di essere nat..... a il
3. di essere residente in Via/Piazza
4. di essere in possesso della cittadinanza ovvero
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (1);
6. di aver/non aver riportato condanne penali (2);
7. di essere in possesso del diploma di conseguito presso in data
8. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
9. di essere iscritto all'Albo professionale della provincia di in data/...../..... al n.;
10. di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: (3);
11. di essere immediatamente disponibile a prestare servizio attivo e a tempo pieno (copertura dei turni di servizio H24 e dei turni di pronta disponibilità) e con impegno ad assumere servizio entro **7 giorni dalla data di convocazione per la sottoscrizione del contratto di lavoro**
12. di possedere il seguente indirizzo di posta elettronica:
13. di indicare il seguente indirizzo cui trasmettere eventuali comunicazioni:
Via n. località Prov. CAP recapiti tel., riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso indirizzo.

Il sottoscritto autorizza la ASL Lecce al trattamento dei propri dati personali ai fini del concorso e, successivamente, per la gestione dell'eventuale rapporto di lavoro, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196.

Allega alla presente:

1. fotocopia del documento di identità in corso di validità (4);
2. dichiarazione sostitutiva requisiti di ammissione;

Data,.....

Firma

- (1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.
- (2) indicare le eventuali condanne riportate o gli eventuali procedimenti penali in corso.
- (3) per i candidati nati entro il 1985.
- (4) è obbligatoria la presentazione al fine di conferire validità ad alcune dichiarazioni rese nella domanda di partecipazione alla selezione.