

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Prot. n. /AG

Data



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

**S.C. Affari Generali e Legali – Direttore dott. Alberto Fontana**

Responsabile del procedimento: dott.ssa Antonella D'Arenzo

Tel. 0434/369738 - Cell. 3666735681

Email: antonella.darenzo@asfo.sanita.fvg.it

**SCADENZA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: 05.07.2024**

**AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER LA RACCOLTA DI DISPONIBILITÀ, FINO A UN MASSIMO DI 2 (DUE), DI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA A SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE.**

Si rende noto che l'Amministrazione intende procedere ad una ricognizione interna, ai sensi dell'articolo 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., riservata al personale in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda, in possesso dei requisiti sotto riportati.

### **Oggetto dell'incarico**

L'incarico sarà svolto nell'ambito del Dipartimento di Medicina TrASFusionale e quindi può riguardare tutte le sedi del DMT, Pordenone, Sacile, San Vito, Spilimbergo o il CRO di Aviano.

Tale incarico è ammesso in via straordinaria ed eccezionale, in considerazione del fatto che si rende necessario garantire la massima copertura dei punti di prelievo della raccolta aperti contemporaneamente in tutto il Dipartimento e non ci sono allo stato attuale risorse con disponibilità immediata derivanti dalla procedura concorsuale appena conclusa e sono in prossima scadenza i contratti di lavoro autonomo conferiti con Decreto del Direttore generale n. 669 del 11.08.2023.

L'incarico non è rinnovabile.

### **Durata dell'incarico**

L'incarico ha la durata di 12 mesi,.

### **Modalità di svolgimento dell'incarico**

L'attività richiesta prevede un impegno orario medio settimanale di n. 38 ore e verrà svolto secondo le necessità su richiesta del Referente per l'Incarico.

### **Referente per l'incarico**

Referente per l'incarico è il dott. Andrea Bontadini, Direttore del Dipartimento Medicina TrASFusionale Pordenone.

### **Compenso**

Per lo svolgimento di tale attività non è previsto alcun compenso aggiuntivo, risultando l'attività svolta in orario di servizio.

Requisiti specifici di ammissione richiesti per lo svolgimento del suddetto incarico sono i seguenti:

- diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'Albo dei Medici. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea o dei Paesi Terzi consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione dell'incarico.

Titoli preferenziali:

Esperienza di raccolta sangue ed emocomponenti e la conoscenza degli applicativi in uso nel sistema trasfusionale regionale.

**Modalità e termini di presentazione delle candidature:**

Il personale in possesso dei requisiti sopra elencati può presentare domanda di partecipazione, allegando il proprio curriculum vitae, inoltrandola ESCLUSIVAMENTE per posta elettronica all'indirizzo di Posta elettronica certificata (PEC) asfo.protgen@certsanita.fvg.it, entro 7 giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente - "Concorsi e avvisi>Selezioni interne" e sul sito INTRANET – Sezione NEWS

E' altresì necessario che il candidato alleghi anche un NULLA-OSTA INCONDIZIONATO da parte del proprio Responsabile di Struttura all'assunzione temporanea di tale incarico.

(Si allega fac simile di domanda.)

**Valutazione delle domande:**

Le domande presentate saranno valutate dal Direttore di Dipartimento che ha avanzato la richiesta di affidamento dell'incarico, o dalla Direzione Strategica, coadiuvati dal Responsabile della Struttura presso la quale la prestazione sarà svolta. A fronte di valutazione positiva della candidatura interna, preso atto del nulla osta espresso dal Responsabile di Struttura del dipendente, la S.C. competente propone al Direttore Generale un decreto di affidamento dell'incarico al dipendente individuato.

**Il Presente avviso ha carattere ricognitivo e non implica alcun impegno da parte dell'Azienda, la quale si riserva, in qualsiasi momento, di sospendere, modificare o revocare la procedura.**

**Informazioni:**

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla Struttura Complessa Affari Generali dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - Via della Vecchia Ceramica, 1 - Pordenone dalle ore 09.00 alle ore 12.00 dei giorni feriali, escluso il sabato, al numero tel. 0434/369738.

Sito internet web: <https://asfo.sanita.fvg.it/>

il Direttore  
dott. Alberto Fontana

Allegato: Fac simile Domanda



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

(ALLEGATO 2)

Fac-simile della domanda di ammissione alla selezione per il conferimento di un incarico interno

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale  
Via Vecchia ceramica, 1  
33170 PORDENONE

**OGGETTO: AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER LA RACCOLTA DI DISPONIBILITÀ, FINO A UN MASSIMO DI 2 (DUE), DI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA A SUPPORTO DELLE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammess..... alla selezione di cui all'avviso prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE PER LA RACCOLTA DI DISPONIBILITÀ, FINO A UN MASSIMO DI 2 (DUE), DI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA A SUPPORTO DELLE ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE.

A tal fine dichiara, sotto propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, nella piena consapevolezza di quanto disposto sia dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in merito alla responsabilità penale conseguente a falsità in atti e a dichiarazioni mendaci, che dall'art. 76 in caso di false dichiarazioni:

- di essere nat... il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente dell'Azienda sanitaria Friuli occidentale a tempo indeterminato;
- di essere dipendente dell'Azienda sanitaria Friuli occidentale a tempo determinato, con contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- in servizio presso la Struttura \_\_\_\_\_;
- con la qualifica di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso e precisamente:
  - titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_
  - specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_;
  - iscrizione all'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con posizione n. \_\_\_\_\_ a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_;

**As FO****Azienda sanitaria Friuli Occidentale**via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

- documentata esperienza professionale (specificare in relazione ai requisiti richiesti, salvo rimando al Curriculum presentato in forma di autocertificazione – allegato 3);

---

---

---

- di essere in possesso di patente di guida di tipo B (se necessario per lo svolgimento dell'incarico),
- di accettare le condizioni previste dal bando per il conferimento dell'incarico.

Si allega inoltre:

1. curriculum vitae, datato e firmato, reso in forma di autocertificazione (Allegato 3) contenente ogni elemento utile alla valutazione, in relazione all'incarico da conferire e agli obiettivi da perseguire;
2. i seguenti ulteriori titoli autocertificati (nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente – art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00) utili per la valutazione:

---

---

3. la fotocopia di un documento di identità in corso di validità interamente leggibile.

Recapiti per ogni comunicazione relativa al presente avviso:

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_;

e-mail: \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

NULLA OSTA all'espletamento dell'incarico da parte del dipendente,  
Il Direttore/Responsabile della Struttura

(timbro, data e firma) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
*(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)*  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
*(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)*

*(barrare il quadratino accanto al tipo di dichiarazione che interessa)*

...l.... sottoscritt.....  
nat .... a .....(prov.....) il .....  
residente a .....(prov.....), via .....n. ....  
*valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e della L. 12/11/2011 n. 183, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76, comma 1, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che stabilisce "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia" e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)*

**D I C H I A R A**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

– *Allega copia del documento d'identità* .....  
*(indispensabile se la dichiarazione viene spedita o consegnata da terzi )*

.....  
*(luogo e data)*

*IL/LA DICHIARANTE* .....