



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011
Mail: segreteria.saapa@ospedalesettime.it
PEC: amministrazione@cert.ospedalesettime.it
www.ospedalesettime.it

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA

CONTENUTO DELLA MANIFESTAZIONE

Gli interessati dovranno dichiarare di essere in possesso dei seguenti requisiti.

Requisiti generali:

- 1) Essere in possesso della Cittadinanza italiana (salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti) o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- 2) Essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita, il cui accertamento sarà effettuato a cura dell'Azienda prima dell'immissione in servizio;
- 3) Essere titolare dei diritti civili e politici e di non essere stato escluso dall'elettorato attivo;
- 4) Non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso;
- 5) Non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o interdetto da Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato.

Requisiti specifici:

- 1) Essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) Essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio professionale;
- 3) Essere in possesso del Diploma di specializzazione in Direzione sanitaria di Presidio ospedaliero, Igiene pubblica, Medicina legale, Organizzazione dei servizi sanitari di base o equipollenti;
- 4) Aver svolto almeno cinque anni di attività di direzione tecnico-sanitaria in enti/strutture sanitarie del SSN o strutture sanitarie private.

Tutti i requisiti di ammissione, sopra indicati, ai sensi della D.G.R. n. 13-7043 della Regione Piemonte del 27/01/2014, devono essere posseduti, pena esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione.

MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO

L'incarico di Direzione sanitaria presso S.A.A.P.A. richiederà un impegno lavorativo a tempo pieno. Per il periodo interessato (01/01/24-30/06/24), sono previste modalità di inserimento con assunzione a tempo determinato con relativo inquadramento ai sensi del CCNL AIOP oppure con contratto libero - professionale facente riferimento alla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 2222 e ss. C.C., senza alcun vincolo di subordinazione. All'atto del conferimento dell'incarico, il professionista dovrà provvedere a stipulare e presentare all'Azienda, idonea polizza assicurativa per la



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011
Mail: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it
PEC: amministrazione@cert.ospedalesettimo.it
www.ospedalesettimo.it

copertura degli infortuni e della Responsabilità Civile verso Terzi in relazione all'attività professionale da prestare.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta in carta semplice, utilizzando l'Allegato A) del presente avviso. Alla domanda di partecipazione il candidato dovrà allegare:

- a) CURRICULUM formativo e professionale, datato e firmato;
- B) copia non autenticata di un documento di identità personale, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte. La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione senza riserva di tutte le prescrizioni del presente Avviso e di tutte le norme in esso richiamate, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future. La domanda deve essere datata e firmata dal candidato.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione (allegato A compilato e firmato), corredata della documentazione richiesta, **indirizzata a amministrazione@cert.ospedalesettimo.it, deve pervenire entro le ore 10:00 del 17 dicembre 2023, esclusivamente** da POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) INTESATA AL CANDIDATO (non sono ammesse domande inoltrate tramite PEC istituzionali accreditate ad Enti pubblici o privati). La domanda dovrà essere trasmessa in un unico file formato PDF, indicando obbligatoriamente nell'oggetto: "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO".

Il canale della Posta Elettronica Certificata potrà essere utilizzato a condizione che i documenti siano in formato previsto dalla normativa vigente (unico file in formato PDF) e:

- firmati digitalmente
ovvero
- siano sottoscritti con firma autografa e corredati della copia fronte/retro di un valido documento di identità.

Le domande che perverranno oltre la data di scadenza del presente avviso, non saranno prese in considerazione.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

La manifestazione di interesse non va intesa come procedura selettiva. L'incarico oggetto del presente Avviso sarà eventualmente conferito con provvedimento del Collegio dei Liquidatori di S.A.A.P.A. in liquidazione.

L'esito della procedura sarà pubblicato sul sito internet dell'Azienda, www.ospedalesettimo.it.



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011
Mail: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it
PEC: amministrazione@cert.ospedalesettimo.it
www.ospedalesettimo.it

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti dai candidati saranno trattati ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D. Lgs. n. 196/2003) e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell’Unione Europea.

RISOLUZIONE DEL RAPPORTO

L’Azienda, in caso di conferimento di incarichi libero-professionali potrà risolvere i contratti per inadempienza, con preavviso di almeno 15 giorni, qualora i risultati delle prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto previsto nel contratto ovvero del tutto insoddisfacenti. Il rapporto di lavoro si risolve, comunque, automaticamente, senza necessario preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non previsto dal presente Avviso, si fa riferimento alle disposizioni normative in vigore. L’Azienda si riserva in ogni momento la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente Avviso a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta e senza l’obbligo di notificare ai singoli concorrenti il relativo provvedimento. Con la partecipazione all’Avviso è implicita, da parte dei candidati, l’accettazione senza riserva di tutte le condizioni e clausole in esso previste. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla segreteria di S.A.A.P.A. in liquidazione, tel. 011 3021404, email: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it.

Il Collegio dei Liquidatori

Dott. Luca Asvisio

Avv. Fabrizio Mondello

Dott. Alessandro Rossi

Firmato in originale



S.A.A.P.A. S.p.A.
In liquidazione

Via S. Cristina, 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)
Tel +39 011-30.21.400 – P.IVA 08507160011
Mail: segreteria.saapa@ospedalesettimo.it
PEC: amministrazione@cert.ospedalesettimo.it
www.ospedalesettimo.it

ALLEGATO A

Spett.le
S.A.A.P.A. S.p.A. in liquidazione – Ospedale Civico
“Città di Settimo Torinese”
Via Santa Cristina, 3
10036 - Settimo T.se (TO)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
tel. _____ email: _____ PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla Manifestazione di interesse al conferimento dell'incarico di Direttore Sanitario della struttura ospedaliera di S.A.A.P.A. in liquidazione, Via Santa Cristina, 3, 10036 Settimo Torinese (TO), per il periodo 01.01.24-30.06.24.

A tal fine dichiara:

- di essere cittadino _____
- di essere iscritt ___ nelle liste elettorali del Comune di _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
ovvero
di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
- di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione, ovvero:
 - a) Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____ -
n. iscrizione OMCEO _____
 - b) Specializzazione in _____ conseguita il _____
presso _____
 - b) di avere prestato servizio presso strutture ospedaliere pubbliche e/o private a titolo di direzione tecnico-sanitaria nei seguenti periodi: _____

Allega documento di identità e Curriculum vitae datato e firmato.

Data _____

Firma _____