Al DIRETTORE GENERALE

dell’IRCCS Centro di Riferimento Oncologico

Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO PN

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

NATO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_)

IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MATRICOLA N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, consapevole altresì che ai sensi dell’art.75 del D.P.R. stesso, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera*

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

di essere dipendente del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; di essere in possesso del seguente profilo professionale e categoria (*barrare con una X l’apposito spazio della prima colonna a sinistra, a fianco dell’indicazione esatta del requisito posseduto)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***CAT.*** | ***PROFILO PROFESSIONALE*** |
|  | D | Collaboratore prof. ruolo sanitario - Infermiere |
|  | D | Collaboratore prof. ruolo sanitario - T.S.L.B. |
|  | D | Collaboratore prof. ruolo sanitario - T.S.R.M. |
|  | D | Collaboratore professionale del ruolo sanitario |
|  | D | Collaboratore professionale del ruolo professionale |
|  | D | Collaboratore professionale del ruolo tecnico |
|  | D | Collaboratore professionale del ruolo amministrativo |
|  | DS | Collaboratore prof. ruolo sanitario - Infermiere senior |
|  | DS | Collaboratore prof. ruolo sanitario - T.S.L.B. senior |
|  | DS | Collaboratore prof. ruolo sanitario - T.S.R.M. senior |
|  | DS | Collaboratore professionale del ruolo sanitario senior |
|  | DS | Collaboratore professionale del ruolo professionale senior |
|  | DS | Collaboratore professionale del ruolo tecnico senior |
|  | DS | Collaboratore professionale del ruolo amministrativo senior |

* di essere in possesso di un’esperienza di almeno 3 anni nella categoria e profilo professionale maturata alle dipendenze di enti ed aziende del SSN, avendo svolto i seguenti servizi:
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. cat……;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. cat……;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. cat……;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. cat……;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. cat……;
* di aver conseguito il seguente Master di I livello in management o per le funzioni di coordinamento: …………………………………………………………………………………

conseguito in data …………………………………

presso …………………………………………………………………………………………

*ovvero*

di essere in possesso del certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell’assistenza infermieristica ai sensi dell’art. 6 comma 5 della L. 43/2006.

* di avere letto e compreso quanto riportato nell’avviso interno di selezione per l’attribuzione degli incarichi di organizzazione per l’esercizio della sola funzione di COORDINAMENTO dell’Istituto prot. n. 19987/P del 18.11.2019, in particolare per quanto riguarda le procedure di valutazione periodica e le funzioni attribuite agli incaricati.
* di essere in possesso degli eventuali ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente per lo svolgimento delle attività e funzioni da attribuire, che di seguito elenca: …………………………………………………………………………………………………..

CHIEDE

**di partecipare alla selezione interna per il conferimento degli incarichi di Posizione Organizzativa sotto indicati (*barrare con una X nella prima colonna a sinistra le posizioni per le quali si intende concorrere*):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIPARTIMENTO ONCOLOGIA CHIRURGICA** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **Profilo** | |
| **1** | **Unità operatoria e unità di degenze intensive** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nelle sale operatorie, nelle attività di anestesia, rianimazione e terapia intensiva. Coadiuva il DEC nel controllo dei processi di sterilizzazione esternalizzati. | I  N  F  E  R  M  I  E  R  E | |
| **Unità degenze chirurgiche** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’attività di assistenza ai degenti dell’area chirurgica, compreso il personale impegnato a garantire la programmazione attuativa dei ricoveri chirurgici – cd servizio di prericovero. |
| **Area ambulatoriale chirurgica** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’assistenza dei pazienti che accedono ai servizi ambulatoriali del primo piano (ginecologia, senologia, chirurgia), compreso il personale dedicato alla Breast Unit. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIPARTIMENTO ONCOLOGIA MEDICA** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **Profilo** | |
| **2** | **Unità degenze ordinarie mediche e trattamento delle cellule staminali per le terapie cellulari** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’attività di assistenza ai degenti dell’area medica, dell’area del TCAD, dell’Area Giovani. | I  N  F  E  R  M  I  E  R  E | |
| **Area terapie oncologiche mediche sede di Aviano** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’assistenza dei pazienti sottoposti a trattamenti antiblastici in regime ambulatoriale, compreso il personale dedicato ai Clinical Trials. |
| **Area terapie oncologiche mediche sede di Pordenone, San Vito** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’assistenza dei pazienti sottoposti a trattamenti antiblastici in regime ambulatoriale. |
| **Area ambulatoriale medica** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto impiegato nell’assistenza dei pazienti che accedono all’area ambulatoriale, compreso il personale assegnato alla S.O.C. di Gastroenterologia. |
| **DIPARTIMENTO DELLA RICERCA E DELLA DIAGNOSTICA AVANZATA DEI TUMORI** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **Profilo** | |
| **3** | **Immunopatologia e biomarcatori oncologici con gruppo DRDAT INF** | Comprende il coordinamento di tutto il personale tecnico del comparto assegnato alla SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici, compreso il personale infermieristico di supporto alla diagnostica di laboratorio, ai donatori di sangue e alle terapie cellulari. | T  S  L  B | |
| **Oncoematologia clinico-sperimentale e trattamento cellule staminali per terapie cellulari** | Comprende il coordinamento di tutto il personale tecnico del comparto assegnato alla SOC. |
| **Anatomia patologica ad indirizzo oncologico - Biobanca** | Comprende il coordinamento di tutto il personale tecnico del comparto assegnato alla struttura operativa di Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico, con Biobanca. |
| **Oncogenetica e Oncogenomica funzionale e Farmacologia Sperimentale e Clinica** | Comprende il coordinamento di tutto il personale tecnico del comparto assegnato alla struttura operativa. |
| **Oncologia molecolare e modelli preclinici di progressione tumorale / Stabulario** | Comprende il coordinamento del personale tecnico del comparto assegnato alla SOC, la gestione dello stabulario (coordinamento tra Istituto e Ministero oltre che con il Veterinario, compresa gestione personale in appalto). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIPARTIMENTO DELLE ALTE TECNOLOGIE** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **Profilo** | |
| **4** | **Unità della diagnostica per immagini e dell’interventistica radiologica** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto assegnato alla S.O.C. di Radiologia Oncologica. | T  S  R  M | |
| **Unità di Medicina Nucleare** | Comprende il coordinamento di tutto il personale di comparto assegnato alla struttura di Medicina Nucleare. |
| **Unità di trattamento radioterapico con Fisica Sanitaria** | Comprende il coordinamento di tutto il personale tecnico impiegato per i trattamenti di radioterapia assegnato alle sedi di Aviano e Pordenone, compreso il personale tecnico della Fisica Sanitaria. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIPARTIMENTO DELLE ALTE TECNOLOGIE** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **ruolo** | |
| **5** | **Unità infermieristica di supporto alle terapie radianti, metaboliche e antiblastiche** | Comprende il coordinamento di tutto il personale infermieristico e di supporto assegnato al Dipartimento delle Alte Tecnologie compresa sede di Pordenone. | I  N  F. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIREZIONE SANITARIA** | | | |
| Id. | **Funzione di Coordinamento** | **Descrizione** | **ruolo** | |
| **6** | **Unità Di Direzione Sanitaria** | Comprende il coordinamento di tutto il personale del comparto coinvolto nelle funzioni della Direzione Sanitaria (archivio, rifiuti, trasporti, sorveglianza infezioni ospedaliere, servizi esequiali, copia cartelle). Coadiuva il Dirigente delle professioni sanitarie nella gestione dei rapporti con le Università e gli enti formatori. | S  A  N  I  T. | |

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE:**

* FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO D’IDENTITÀ;
* CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO(Redatto in forma di autocertificazione);
* ELENCO EVENTI E.C.M. CUI IL CANDIDATO HA PARTECIPATO (Redatto in forma di autocertificazione) ovvero COPIA ATTESTATI RIPORTANTI I CREDITI FORMATIVI CONSEGUITI - ANNI 2017/2018 (Per la documentazione prodotta in fotocopia non autenticata il candidato, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, deve presentare la copia semplice unitamente a dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui ne attesti la conformità agli originali)

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità della procedura in argomento.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_