



Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Chieti - Pescara

Data pubblicazione 2 LUG. 2014

Data scadenza presentazione domanda: 9 LUG. 2014

Tit. VII Classe 16

Avviso prot. n. 27938 del 2 LUG. 2014

OGGETTO: *Avviso interno di verifica preliminare per il conferimento di incarichi professionali per le esigenze della Clinica Odontoiatrica del Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche.*

VISTO l'art. 7, comma 6, del Decreto legislativo n. 165/2001 e ss.mm.ii.

VISTA la nota del Prof. Sergio Caputi, Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche, del 16.06.2014, acquisita al protocollo n. 25846 del 18.06.2014, con la quale si richiede l'attivazione della procedura di verifica preliminare per la selezione di professionisti disponibili ad espletare attività di supporto presso la Clinica Odontoiatrica;

si rende noto che il Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche ha la necessità di acquisire prestazioni professionali aventi per oggetto le attività indicate all'art. 1 del presente avviso.

Art. 1 Oggetto, durata, sede di svolgimento, requisiti.

OGGETTO DEGLI INCARICHI

Nell'ambito delle attività della Clinica Odontoiatrica del Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche, svolgere attività professionale di:

- Odontoiatri;
- Igienisti;
- Otorinolaringoiatri;
- Gastroenterologi;
- Anestesisti;
- Tecnici di Radiologia.

DURATA

Le prestazioni professionali potranno essere effettuate nel periodo intercorrente tra le 09:00 e le 13:00 del mattino e/o quello intercorrente tra le 15 :00 e le 19:00 del pomeriggio, sulla base delle

effettive necessità che verranno segnalate dai Responsabili dei singoli Reparti e comunque con un minimo di n. 1 mezza giornata ad un massimo di n. 8 mezze giornate a settimana

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE

Sede di riferimento per lo svolgimento dell'incarico: Clinica Odontoiatrica del Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche.

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Le caratteristiche richieste ai professionisti sono le seguenti:

Per gli Odontoiatri:

Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e/o in Medicina e Chirurgia con abilitazione alla professione di Odontoiatra;

Per gli Igienisti:

Corso di Laurea in Igiene Dentale;

Per gli Otorini:

Laurea in Medicina e Chirurgia e Specializzazione in Otorinolaringoiatria;

Per i Gastroenterologi:

Laurea in Medicina e Chirurgia e Specializzazione in Gastroenterologia;

Per gli Anestesisti:

Laurea in Medicina e Chirurgia e Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva;

Per i Tecnici di Radiologia:

Laurea in Tecniche Sanitarie di Radiologia Medica;

Si richiede, inoltre, comprovata esperienza professionale almeno triennale.

Art. 2 Presentazione della domanda

Può presentare domanda il personale tecnico-amministrativo dell'Ateneo, in possesso dei prescritti requisiti, assunto a tempo indeterminato in regime di orario a tempo pieno che dichiari di essere disponibile a svolgere le attività richieste, in assegnazione temporanea, per la durata prevista per gli incarichi di cui al precedente art. 1.

La domanda, da redigere su carta semplice seguendo lo schema allegato, corredata da *curriculum vitae* e da autorizzazione del responsabile della struttura di appartenenza, potrà essere consegnata a mano al servizio Archivio e Protocollo del Rettorato, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00, oppure potrà essere inviata tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica divisione.personale@unich.it e comunque in entrambi i casi entro e non oltre 7 giorni naturali e consecutivi dalla data di pubblicazione del presente avviso.

La domanda dovrà essere sempre corredata da fotocopia di valido documento d'identità.

Non saranno ammessi i candidati le cui domande pervengano, per qualsiasi motivo, successivamente al suddetto termine

Art. 3 Valutazione e selezione delle domande

Le domande saranno valutate e selezionate dal Direttore Generale o un suo delegato tramite valutazione dei curricula ed eventuale colloquio nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.lgs. n. 165/2001.

L'assenza del candidato sarà considerata come rinuncia, qualunque ne sia la causa.

In caso di esito positivo della valutazione, il dipendente sarà collocato in regime di *assegnazione temporaneo* limitatamente all'impegno temporale richiesto per lo svolgimento delle attività di progetto, presso la struttura indicata al precedente Art. 1.

Art. 4 Esito della selezione

Nel caso in cui la presente verifica interna dia esito negativo si procederà mediante valutazione comparativa esterna.



IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Filippo Del Vecchio)

Al Direttore Generale
Università degli Studi "G. d'Annunzio"

Sede

Il/La sottoscritto/a _____ nato
a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____ in
via _____ n. _____ afferente alla
Struttura _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
attualmente in servizio nella categoria e area _____

chiede di essere ammesso/a alla selezione per la procedura di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di personale tecnico-amministrativo dell'Ateneo da destinare allo svolgimento delle attività indicate all'art. 1 dell' Avviso prot. n. _____ del _____, per:

- Odontoiatri;
- Igienisti;
- Otorinolaringoiatri;
- Gastroenterologi;
- Anestesisti;
- Tecnici di Radiologia

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
_____ conseguito il _____ presso _____
_____ con votazione _____;
- 2) che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E' a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Allega:

- autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura;
- curriculum vitae datato e firmato;
- fotocopia di un documento di riconoscimento.

data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a _____ responsabile della struttura di assegnazione
del/la Dott./Dott.ssa/Sig./ Sig.a _____ esprime parere
favorevole in ordine all'**assegnazione temporanea** del dipendente limitatamente all'impegno
temporale richiesto per lo svolgimento delle attività indicate art. 1 dell'avviso interno prot.
n. _____ del _____, senza ulteriore richiesta di sostituzione dello stesso.

Data _____.

Firma e timbro