

Prot. n. 6538 del 03 MAG. 2012

**Al Direttore
UOC Relazioni con il Pubblico
Dott.ssa Angela IMPROTA**

**Alle OO.SS
dell'Area Medica
tramite l'Ufficio Relazioni Sindacali**

L O R O S E D I

OGGETTO: Trasmissione avviso interno.

Si trasmette, in allegato l'avviso interno di seguito elencato, con invito a pubblicare all'Albo Pretorio Informatico della ASL Napoli 3 Sud - link avvisi interni **con decorrenza dal 07 maggio 2012 a tutto il 22 maggio 2012:**

1) Avviso interno di Istituzione Albo Aziendale degli Aspiranti all'incarico di Presidente e Componente delle Commissioni d'Invalidità Civile, Legge 104/92 e Legge 68/99.

Il Direttore
del Servizio Gestione Risorse Umane
Dott.ssa Anita Vicino

AVVISO INTERNO
ISTITUZIONE ALBO AZIENDALE DEGLI ASPIRANTI ALL'INCARICO DI
PRESIDENTE E COMPONENTE DELLE COMMISSIONI D' INVALIDITA' CIVILE,
LEGGE 104/92 E LEGGE 68/99

SI RENDE NOTO

che in esecuzione della deliberazione n. 215 del 18 aprile 2012, esecutiva a norma di legge, e in conformità della delibera Aziendale n°1329 del 16/11/2010, avente per oggetto "Regolamento Aziendale per la costituzione delle Commissioni Invalidi Civili e Legge 104/92 e 68/99, esecutiva nei modi di legge,

È INDETTO

avviso interno di selezione per l'istituzione di un albo aziendale degli aspiranti all'incarico di Presidente e Componente delle Commissioni d'Invalidità Civile, Legge 104/92 e Legge 68/99.

Possono partecipare alla selezione i dirigenti dell'Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato appartenenti all'Area Medica e gli Specialisti Ambulatoriali medici in possesso dei seguenti requisiti:

PRESIDENTE DI COMMISSIONE

i Dirigenti Medici o Specialisti Ambulatoriali con incarico a tempo indeterminato, o convenzionati con documentata esperienza acquisita nell'ambito delle Commissioni L.295/90, L. 68/99 e L. 104/92 , in possesso della Specializzazione in **Medicina Legale**;

COMPONENTE DI COMMISSIONE

i Dirigenti Medici dipendenti o Specialisti Ambulatoriali in servizio nei Distretti territorialmente competenti.

I Medici interessati dovranno far pervenire, **per ciascuna procedura**, la domanda di partecipazione, in plico chiuso con intestazione dell'avviso a cui si intende partecipare, all'Ufficio protocollo generale di questa Asl - Corso Alcide De Gasperi 167, Castellammare di Stabia - entro e non oltre le ore 12,00 del **15° giorno** successivo alla pubblicazione del presente avviso all'albo pretorio informatico della Asl Napoli 3 sud - link avvisi interni.

Alla domanda dovrà essere allegato un curriculum vitae, formato europeo, nel quale sarà resa, a pena di esclusione, nei modi previsti dalla normativa vigente in materia ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, analitica dichiarazione sostitutiva in ordine ai requisiti specifici previsti, ai titoli di studio (lauree, specializzazioni, corsi di perfezionamento, etc.), nonché a tutte le attività formative, professionali, di servizio e di aggiornamento, complete degli elementi essenziali per la relativa valutazione. I Medici potranno produrre, in allegato, tutti documenti ritenuti utili per la valutazione, comprese eventuali pubblicazioni, che dovranno essere prodotti in

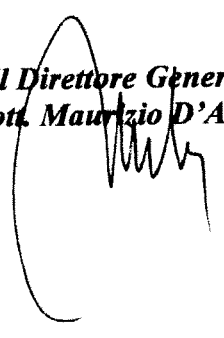
originale o in copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Le dichiarazioni sostitutive devono essere accompagnate da copia del documento di identità, datato e firmato.

Il Responsabile del procedimento è il Direttore Sanitario.

L'Amministrazione si riserva a suo insindacabile giudizio la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente bando, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per gli aspiranti insorga alcuna pretesa o diritto.

***Il Direttore Generale
Dott. Maurizio D'Amora***



Modello di domanda Albo Aziendale Commissioni Invalidi Civili - Legge 104/92 e Legge 68/99
(ai sensi del regolamento di cui alla Delibera n° 1329 del 16.11.2010)

**Al Direttore Generale
dell' ASLNA3/Sud
Corso Alcide De Gasperi, 167
80053 Castellammare di Stabia (NA)**

 sottoscritt cognome nome
data e luogo di nascita C.F.
residenza e/o domicilio
Cap alla Via
recapiti telefonici: tel. abitazione cell. tel. Uff.
fax

chiede di essere inserito nell'Albo Aziendale della ASLNA3/Sud quale:

- ☐ **PRESIDENTE**
☐ **COMPONENTE**

per le Commissioni Mediche Integrate ASL/INPS ai fini dell'accertamento invalidità civile, handicap, disabilità:

a tal fine dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt.75 e 76 del DPR 445/2000:

- di prestare servizio presso: quale con rapporto di lavoro (dipendente a tempo indeterminato o specialista ambulatoriale);
- di essere in possesso della Laurea conseguita in data ;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1) _____ conseguita in data _____

2) _____ conseguita in data _____

3) _____ conseguita in data _____;

➤ di essere iscritto all'Ordine _____;

➤ di aver già svolto attività presso Commissioni o Collegi medici per la valutazione di stati di inabilità e/o invalidità ☐ SI ☐ NO

Solo in caso affermativo indicare:

Commissione _____ in qualità di
Presidente/Componente/Rappresentante di Associazione (sbarrare la propria situazione) periodo:
dal _____ al _____;

Commissione _____ in qualità di
Presidente/Componente/Rappresentante di Associazione (sbarrare la propria situazione) periodo:
dal _____ al _____;

Commissione _____ in qualità di
Presidente/Componente/Rappresentante di Associazione (sbarrare la propria situazione) periodo:
dal _____ al _____;

➤ di non avere/avere incarichi presso Enti e/o Associazioni di Categorie per la tutela degli stati di invalidità se SI, quali: _____

Si allega sintetico curriculum professionale, datato e firmato, che evidenzi l'esperienza scientifico-professionale posseduta ed i titoli scientifici e professionali;

N.B. L'incarico di membro di commissione medico-legale ASL è incompatibile con l'incarico di membro di una commissione medico-legale INPS ovvero con l'incarico di lavoro dipendente di altra Amministrazione.

Luogo e data _____

Firma

(per esteso e leggibile)

(Allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità firmato e datato).