



REGIONE DEL VENETO

**AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N° 2 - MARCA TREVIGIANA
(DISTRETTO DI ASOLO)**

DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

del presidio Ospedaliero di Montebelluna

Area: Chirurgica e delle specialità Chirurgiche

(disciplina: Ortopedia e Traumatologia)

a rapporto esclusivo

Profilo del Dirigente da incaricare

Il candidato deve possedere competenze ed esperienza nei seguenti ambiti:

pratica professionale specifica

- rilevante esperienza, come primo operatore, nella chirurgia traumatologica muscolo-scheletrica, con particolare riguardo alla chirurgia delle fratture articolari (spalla, gomito, ginocchio, caviglia e bacino), e nel trattamento di postumi di traumi quali pseudoartrosi e vizi di consolidazione;
- rilevante esperienza, come primo operatore, nella chirurgia protesica del ginocchio, dell'anca e nella chirurgia vertebrale, in particolare con tecnica mininvasiva, nel trattamento delle ernie del disco e delle stenosi lombari;
- rilevante esperienza, come primo operatore, nella chirurgia del piede in particolare, con tecnica mininvasiva, nel trattamento della deformità dell'avampiede, alluce valgo e metatarsalgie dei raggi laterali, e del retro-mesopiede, piede piatto valgo pronato dell'adolescente e dell'adulto;
- rilevante esperienza nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, in particolare del paziente con frattura di femore, con modalità operative condivise con le altre strutture aziendali e con i professionisti operanti sul territorio;

gestione manageriale e budgeting

- esperienza gestionale ed organizzativa acquisita in ruoli di responsabilità;
- esperienza nell'utilizzo delle tecniche di budgeting per il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura, in modo coerente con le risorse umane, strumentali, strutturali e finanziarie disponibili, e nella valutazione delle implicazioni economiche derivanti dalle scelte organizzative
- esperienza nella realizzazione di progettualità trasversali all'Azienda, con particolare riferimento alla capacità di promuovere la rotazione dei professionisti tra le varie sedi della rete ortopedica aziendale, e nella gestione di modelli di assistenza a rete integrata secondo il modello hub & spoke

gestione delle risorse umane e competenze relazionali

- esperienza nell'uso delle tecniche di gestione delle risorse umane, in particolare nel programmare e coordinare l'attività del personale della struttura e nel valutarne le performance relativamente a competenze professionali e risultati conseguiti
- attitudine ad uno stile di leadership orientato alla valorizzazione e alla crescita professionale dei collaboratori, in particolare assicurando l'attività di tutoraggio nell'attività chirurgica a tutti i componenti dell'equipe chirurgica per garantire a ciascuno l'acquisizione di specifiche competenze
- attitudine alla promozione di un clima collaborativo fra tutte le figure professionali dell'unità operativa e dimostrata competenza nel lavoro in team e nello sviluppo di modelli basati sulle attività multiprofessionali e multidisciplinari
- adeguate capacità per la risoluzione positiva dei conflitti all'interno del team e di promozione della collaborazione fra le differenti professionalità presenti nel team

governo clinico

- esperienza nell'applicazione dei principali strumenti per la gestione del rischio clinico e infettivologico in ambito ortopedico, per il monitoraggio degli eventi avversi e per la valutazione degli esiti
- esperienza nell'applicazione di strumenti informatici a supporto della sicurezza in sala operatoria e della continuità nella gestione del paziente ed esperienza nell'utilizzo di banche dati per il monitoraggio dei risultati
- attitudine all'introduzione e all'implementazione di modelli organizzativi e professionali innovativi, incluso l'utilizzo di nuove tecniche operatorie e assistenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle cure e dell'assistenza
- esperienza di buone prassi di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e di monitoraggio degli eventi avversi, con applicazione di modalità di lavoro e procedure in grado di minimizzare il rischio per gli utenti e gli operatori.

Al DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda U.L.S.S. n 2 Marca Trevigiana
via Sant' Ambrogio di Fiera, 37
— 31100 TREVISO

 1 sottoscritt_ _____ chiede di partecipare all'avviso pubblico per incarico quinquennale di **direttore dell'unità operativa complessa Ortopedia e Traumatologia** del Presidio Ospedaliero di Montebelluna – disciplina Ortopedia e Traumatologia, indetto da codesta amministrazione con deliberazione n. _____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nat_ a/o _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in via _____ n. _____;
- b) di essere in possesso della cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. I cittadini degli stati membri dell'Unione Europea devono dichiarare, altresì, di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o provenienza, ovvero i motivi di mancato godimento e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 febbraio 1994, n. 174);
- c) di essere in possesso dell'idoneità all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto;
- d) di essere/non essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____ **(1)**;
- e) di avere/non avere riportato condanne penali **(2)**;
- f) di avere/non avere procedimenti penali in corso **(2)**;
- g) di essere in possesso del diploma di laurea: _____ conseguito in data _____ presso _____;
- h) di essere in possesso dell'abilitazione professionale: _____ conseguita nell'anno _____ presso _____;
- i) di essere in possesso della specializzazione in: _____ conseguita nell'anno _____ presso _____;
- j) di essere in possesso del requisito relativo all'anzianità: (specificare) _____;
- k) di essere/non essere in possesso dell'attestato manageriale conseguito il _____ presso _____;
- l) di essere iscritto all'albo dell'ordine professionale della provincia di _____;
- m) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;

- n) di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni come indicato nel curriculum (**Allegato C**);
- o) di essere/non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (in caso affermativo specificare le motivazioni _____);
- p) che il codice fiscale è il seguente: _____;
- q) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- r) che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:
Sig. _____
via _____
C.A.P. _____ comune _____ prov. ____ telefono _____
e-mail _____

ALLEGA:

- 1. curriculum (Allegato C);**
- 2. certificazione relativa alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime; detta documentazione è rilasciata dagli Enti in cui il candidato ha prestato e/o presta servizio, in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;);**
- 3. certificazione rilasciata dal Direttore sanitario, sulla base dell'attestazione del direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza, della casistica relativa alla tipologia e alla quantità delle prestazioni effettuate dal candidato, riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale;**
- 4. pubblicazioni in copia cartacea relative alla produzione scientifica edite a stampa degli ultimi 10 anni, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicate su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica;**
- 5. elenco dei documenti presentati;**
- 6. fotocopia del documento di identità valido.**

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data, _____

Firma

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

- (1) in caso positivo, specificare in quale comune; in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
(2) in caso affermativo, specificare quali.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa _____

nato/a a il ____/____/____

residente aprov.

in via n.

telefono n. e-mail

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445
i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI DI STUDIO

Laurea in

.....

conseguita presso

.....

voto in data ____/____/____

Specializzazione in

conseguita presso

in data ____/____/____ della durata di anni

(specificare se conseguita ai sensi del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, e/o del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare i seguenti estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'autorità italiana competente)

Attestato manageriale

conseguito presso in data

____/____/____ della durata di anni

Ulteriori titoli di studio

conseguiti presso

.....

in data ____/____/____ della durata di anni

Altro (es. dottorato di ricerca, master universitario)

conseguito presso

.....

in data ____/____/____ della durata di anni

Abilitazione all'esercizio della professione nel

Iscrizione albo ordine dei Medici Chirurghi di

n. posizione data decorrenza iscrizione ____/____/____

SERVIZI PRESTATI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)

• **Pubblica amministrazione**

(nel caso di casa di cura riconosciuta quale presidio ospedaliero di unità sanitaria locale (specificare gli estremi del decreto di riconoscimento)

indirizzo telefono

profilo disciplina

• rapporto di lavoro subordinato dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

aspettativa senza assegni dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

tempo determinato

tempo indeterminato

tempo pieno

tempo ad orario ridotto n. ore/38 ore settimanali

ricorrono / non ricorrono le condizioni previste dall'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761

eventuale causa di risoluzione del contratto

• rapporto di lavoro come specialista ambulatoriale (SAI) dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

tempo determinato/provvisorio

tempo indeterminato n. oresettimanali

• altri rapporti di lavoro (es. libero professionista, co.co.co.) dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

n. oresettimanali

ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa all'estero)

(per i servizi prestati all'estero, è necessario indicare anche il numero e la data del provvedimento di riconoscimento da parte dell'autorità italiana competente)

TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITA' E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME (eventualmente da duplicare)

• **Pubblica amministrazione** (da indicare l'indirizzo completo)

a) **tipologia delle istituzioni vds allegato**

b) **tipologie delle prestazioni erogate dalla struttura vds allegato**

• **Altro (es. casa di cura convenzionata)** (da indicare l'indirizzo completo)

a) **tipologia delle istituzioni**

b) **tipologie delle prestazioni erogate**

POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE (eventualmente da duplicare)

(Vanno indicate la posizione funzionale e le competenze del candidato nelle strutture con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)

- **Pubblica amministrazione** (da indicare l'indirizzo completo)

.....
con la qualifica di nella disciplina di

- direttore struttura complessa
- responsabile struttura semplice dipartimentale
- responsabile struttura semplice
- alta specializzazione
- incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

- **Altro (es. Casa di Cura convenzionata)** (da indicare l'indirizzo completo)

.....
con la qualifica di nella disciplina di

- direttore struttura complessa
- responsabile struttura semplice dipartimentale
- responsabile struttura semplice
- alta specializzazione
- incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

CASISTICA

(Da allegare originale o copia conforme della tipologia e quantità di prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'Avviso in Gazzetta Ufficiale. L'attestazione deve essere certificata dal Direttore sanitario sulla base dell'attestazione del direttore responsabile del competente dipartimento o unità operativa dell'azienda di appartenenza)

Si allega al presente curriculum la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del decreto legislativo 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i., conforme all'originale.

ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/ insegnamento)

Corso di studio per il conseguimento di diploma di
presso ente sede di materia
insegnata per tot. n° ore dal (gg/mm/aa) ___/___/___ al (gg/mm/aa) ___/___/___
con la qualifica di

SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE AD UN ANNO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio)

(Sono esclusi i tirocini obbligatori)

Presso

(indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo)

con la qualifica di
dal (gg/mm/aa) ___/___/___ al (gg/mm/aa) ___/___/___

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO ANCHE EFFETTUATA ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna attività)

1	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:			presso:			
tema:					esame finale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___			giornate totali n. _____			
<input type="checkbox"/> partecipante <input type="checkbox"/> relatore			ore totali n. _____			

PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)

(Da allegare COPIA della produzione scientifica edita a stampa, DEGLI ULTIMI 10 ANNI, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., dichiara che le copie delle pubblicazioni – edite a stampa – allegate al presente curriculum e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

- poster abstract articolo capitolo di libro altro.....
- nazionale internazionale.....
- titolo:
- autori
- rivista scientifica altro

ULTERIORI CAPACITÀ E COMPETENZE da valutarsi nell'ambito del colloquio (da duplicare se necessario)

- gestionali.....
- tecniche.....
- organizzative
- di direzione.....
- lingue straniere conosciute: inglese francese tedesco altro

COMPRESIONE		ESPRESSIONE		SCRITTURA
ascolto	lettura	interazione	produzione orale	

Livelli: A1/2 elementare; B1/2 intermedio; C1/2 avanzato

Il sottoscritto dichiara che i contenuti del presente curriculum e la casistica delle esperienze e delle attività professionali svolte sono correttamente e veridicamente riportate.

Luogo e Data

Firma per esteso
