

**ZARZĄD POWIATU STARGARDZKIEGO OGŁASZA KONKURS  
NA STANOWISKO DYREKTORA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO  
WIELOSPECJALISTYCZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W STARGARDZIE UL. WOJSKA POLSKIEGO 27,  
73-110 STARGARD**

Konkurs zostanie przeprowadzony w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2012 r., poz. 182 ze zm.)

1. Dyrektorem SPWZOZ w Stargardzie może być osoba, która:
  - 1) posiada wykształcenie wyższe,
  - 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora,
  - 3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy,
  - 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.
  
2. Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni złożyć:
  - 1) koncepcję programu naprawczego dla SPWZOZ w Stargardzie,
  - 2) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem,
  - 3) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania stanowiska,
  - 4) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
  - 5) dokumenty potwierdzające wymagany staż pracy (świadectwa pracy w razie, gdy stosunek pracy wygasł, zaświadczenie wystawione przez pracodawcę w przypadku gdy stosunek pracy trwa),
  - 6) inne dokumenty potwierdzające dorobek zawodowy i kwalifikacje zawodowe kandydata (referencje, opinie),
  - 7) informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia się do konkursu,
  - 8) oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu zajmowania stanowiska objętego konkursem,
  - 9) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych,
  - 10) oświadczenie kandydata, iż nie został względem niego wydany zakaz pełnienia funkcji kierowniczych związanych z dysponowaniem środkami publicznymi,
  - 11) oświadczenie kandydata o prowadzeniu/nieprowadzeniu działalności gospodarczej (załącznik nr 1),
  - 12) oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego,
  - 13) oświadczenie o zgodzie na publikację informacji o swoim udziale w niniejszym konkursie, która może być rozpowszechniana za pośrednictwem środków masowego przekazu,
  - 14) w przypadku przedstawienia dokumentów w języku obcym, należy dołączyć również tłumaczenia na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego.

Dokumenty przedłożone przez kandydata winny być kserokopią poświadczoną za zgodność z oryginałem. Dostatecznym elementem potwierdzającym zgodność z oryginałem jest własnoręczny podpis na kserokopii.

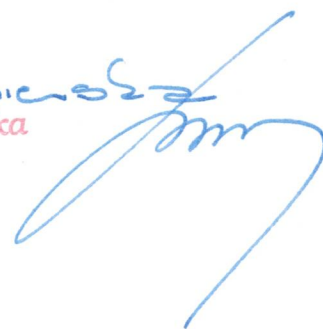
Dokumenty należy dostarczyć w zaklejonych kopertach z napisem „Konkurs na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie” do Kancelarii Ogólnej Starostwa Powiatowego w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard. Termin składania ofert – do 3 stycznia 2018 roku. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres i numer telefonu kontaktowego.

Kandydaci mają możliwość zapoznania się z informacjami o stanie ekonomicznym, organizacyjnym i prawnym zakładu w Starostwie Powiatowym w Stargardzie od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 15.00, pok. 106 oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Stargardzie.

Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur do 30 dni od upływu terminu do złożenia wymaganych dokumentów. Miejsce przeprowadzenia postępowania konkursowego – Starostwo Powiatowe w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard.

Kandydaci zostaną powiadomieni telefonicznie o terminie przeprowadzenia indywidualnej rozmowy.

  
STAROSTA  
Iwona Wiśniewska



.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....

### Oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej

Oświadczam, że:

1. Nie prowadzę działalności gospodarczej

.....

(podpis)

2. Prowadzę działalność gospodarczą od dnia ....., polegającą na:

.....  
.....  
.....

.....

(podpis)