

## **Оголошення про проведення конкурсу на зайняття посади генерального директора Державної установи «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»**

Конкурс на зайняття посади генерального директора Державної установи «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» проводиться відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» та наказу МОЗ України від 10.07.2021 № 1415 «Про проведення конкурсів».

**Місцезнаходження та юридична адреса Державної установи «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»** (далі – Установа): Запорізька область, місто Запоріжжя, вулиця Рекордна, будинок 27.

### **Основні напрями діяльності Закладу:**

виконання завдань у сферах забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, у межах, визначених Статутом.

[Статут Установи.](#)

[Структура Установи.](#)

Затверджено **кошторисні призначення** на 2021 рік для фінансового забезпечення діяльності Установи у сумі 113058,00 тис. грн.

**Прийом документів:** дата початку приймання документів для участі у конкурсі **31.07.2021**, кінцевий строк приймання документів для участі у конкурсі **13.08.2021**. Адреса приймання документів: Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, вул. Грушевського, буд.7, каб. 46.

Номер телефону та адреса електронної пошти для довідок: (044) 253 82 63, e-mail: [kadru.moz@ukr.net](mailto:kadru.moz@ukr.net), контактна особа – Савіна Тетяна Василівна, Волкова Аліна Миколаївна.

**Перелік документів**, що подаються претендентом особисто або надсилаються поштою для участі у конкурсі:

- 1) копія паспорта громадянина України;
- 2) письмова заява про участь у конкурсі із зазначенням основних мотивів для зайняття посади за формою згідно з [додатком 1](#);
- 3) резюме у довільній формі;
- 4) автобіографія;
- 5) копія (копії) документа (документів) про освіту, науковий ступінь, вчене звання кваліфікаційну категорію, підвищення кваліфікації, які підтверджують відповідність претендента кваліфікаційним вимогам до

керівника закладу охорони здоров'я, а також копію трудової книжки або інших документів, що підтверджують досвід роботи;

6) згода на обробку персональних даних згідно з [додатком 2](#);

7) конкурсна пропозиція обсягом не більше 15 сторінок друкованого тексту в паперовій та електронній формі;

8) довідка МВС про відсутність судимості;

9) медичні довідки про стан здоров'я, щодо перебування людини на обліку у психоневрологічному та наркологічному закладі охорони здоров'я за формами, затвердженими МОЗ;

10) попередження стосовно встановлених Законом України «Про запобігання корупції» вимог та обмежень, підписане претендентом на посаду, за формою згідно з [додатком 3](#);

11) заява про відсутність у діях особи конфлікту інтересів згідно з [додатком 4](#);

12) підтвердження подання декларації особи, уповноваженої на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, за минулий рік (відповідно до абзацу першого частини третьої статті 45 Закону України «Про запобігання корупції»).

Документи, крім заяви про участь у конкурсі, подаються у запечатаному вигляді.

Відповідальність за достовірність поданих документів несе претендент.

#### **Вимоги до претендента:**

вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я». Стаж роботи на керівних посадах: не менше 7 років.

Бажано: вільне володіння англійською мовою.

**Конкурсна пропозиція** учасників конкурсу формується у відповідності до пункту 29 Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094. Конкурсні пропозиції надавати у вигляді презентацій із висвітленням питань щодо автономізації та оптимізації роботи Установи та надання медичних послуг.

**Умови оплати праці керівника Установи із зазначенням істотних умов контракту:** посадовий оклад (за тарифним розрядом) – 8571,00 грн., підвищення посадового окладу, надбавки, доплати, премії та матеріальна допомога відповідно до наказу Мінпраці та МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (із змінами) та інших нормативних актів з питань оплати праці.

**Дата та місце проведення конкурсу:**

засідання конкурсної комісії з розгляду заяв претендентів і доданих до них документів відбудеться **18.08.2021-19.08.2021**;

засідання конкурсної комісії з розгляду конкурсних пропозицій учасників конкурсу на зайняття посади генерального директора Установи **30.08.2021-03.09.2021**.

Проведення конкурсу відбудеться у приміщенні Міністерства охорони здоров'я України за адресою: м. Київ, вул. Грушевського, буд.7.

Додаток 1  
до Порядку

Голові конкурсної комісії  
Кузіну І.В.

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я та по батькові претендента)  
який (яка) проживає за адресою:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(номер контактного телефону)  
e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
(заповнюється друкованими літерами)

## ЗАЯВА

Прошу допустити мене до участі в конкурсі на зайняття посади

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(найменування посади та зазначення мотивів для зайняття посади)

Підтверджую достовірність інформації у поданих мною документах.

Інформацію про проведення конкурсу прошу повідомляти мені шляхом (проставляється позначка "+" навпроти одного із запропонованих способів):

- надсилання листа на зазначену адресу;
- надсилання електронного листа на зазначену електронну адресу;
- телефонного дзвінка за номером \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(в інший доступний спосіб)\*

\_\_\_\_\_  
\* У разі неможливості передачі інформації в обраний спосіб повідомлення надсилається на адресу зазначеної у цій заяві електронної пошти.

Додаток 2  
до Порядку

## ЗГОДА на обробку персональних даних

Я,

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)  
народився \_\_\_\_ 19\_\_ р., документ, що посвідчує особу (серія \_\_\_\_\_ №  
\_\_\_\_\_),  
\_\_\_\_\_ виданий

\_\_\_\_\_  
відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" (далі - Закон) даю згоду на:

обробку моїх персональних даних з первинних джерел у такому обсязі: відомості про освіту, професію, спеціальність та кваліфікацію, трудову діяльність, науковий ступінь, вчене звання, паспортні дані, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, біографічні дані, номери телефонів, дані про мою участь у міжнародних та європейських проектах;

використання персональних даних, що передбачає дії володільця персональних даних щодо їх обробки, в тому числі використання персональних даних відповідно до їх професійних чи службових або трудових обов'язків, дії щодо їх захисту, а також дії щодо надання часткового або повного права на обробку персональних даних іншим суб'єктам відносин, пов'язаних із персональними даними (стаття 10 Закону);

поширення персональних даних, що передбачає дії володільця персональних даних щодо передачі відомостей про фізичну особу (стаття 14 Закону);

доступ до персональних даних третіх осіб, що визначає дії володільця персональних даних у разі отримання запиту від третьої особи щодо доступу до персональних даних, доступ суб'єкта персональних даних до відомостей про себе (стаття 16 Закону).

Зобов'язуюся в разі зміни моїх персональних даних подати у найкоротший строк уточнену достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_

(підпис)

Додаток 3  
до Порядку

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ**  
**про вимоги та обмеження, встановлені Законом України "Про**  
**запобігання корупції"**

Про вимоги та обмеження, встановлені Законом України "Про запобігання корупції", попереджений (попереджена).

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, та ініціали)

## **ЗАЯВА\*** **про відсутність конфлікту інтересів**

Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_

Номер контактного телефону \_\_\_\_\_

Електронна адреса \_\_\_\_\_

1. Чи наявні поточні інвестиції, вкладені Вами у суб'єкти господарювання, що можуть мати інтерес стосовно посади (найменування посади), зокрема прями чи опосередковані інвестиції (наприклад, до холдингової компанії), крім інвестицій до інвестиційних фондів, недержавного пенсійного фонду та інших подібних інвестицій, які не контролюються Вами:

1) акції, облігації та інші цінні папери? так\*\*  ні

\_\_\_\_\_

–

\_\_\_\_\_

–

2) комерційні підприємницькі інтереси (наприклад, спільне підприємство, партнерство)? так\*\*  ні

\_\_\_\_\_

–

\_\_\_\_\_

–

2. Чи є Ви власником прав інтелектуальної власності, які можуть бути розширені або звужені за результатами роботи (назва посади), на:

1) патенти, знаки на товари та послуги, авторські права (включаючи заявки, що розглядаються)?

так\*\*  ні

---

–

---

–

2) запатентоване ноу-хау?

так\*\*  ні

---

–

---

–

3. Чи проводили Ви протягом останніх чотирьох років експертну оцінку, пов'язану з державною реєстрацією, клінічними/доклінічними випробуваннями (дослідженнями) лікарських засобів, що може стосуватися посади (назва посади)?

так\*\*  ні

---

–

---

–

4. Чи перебували Ви протягом останніх чотирьох років на посаді, на якій Ви представляли або захищали інтереси, які можуть бути пов'язані з посадою (назва посади)?

так\*\*  ні

---

–

---

–

5. Чи отримували Ви будь-які платежі (крім компенсації оплати за проїзд) або гонорари за публічні виступи / публікації, що можуть стосуватися посади (назва посади)?

так\*\*  ні

---

–

---

–

6. Чи наявні інші обставини, в тому числі пов'язані з приватним інтересом Ваших близьких осіб, що можуть сприйматися як вплив на Вашу об'єктивність та незалежність?

так\*\*  ні

---

–

---

–

Зазначаю, що ця заява правдива і містить повну інформацію.

Погоджуюся на оприлюднення зазначеної у цій заяві інформації на офіційному веб-сайті органу управління.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\* У цій заяві зазначаються обставини, що можуть становити приватний інтерес у сфері, в якій претендент на посаду планує виконувати свої службові обов'язки, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість прийняття ним рішень або на вчинення чи невчинення дій під час виконання повноважень.

До приватного інтересу належать фінансовий, професійний чи інший інтерес, а також інтерес, який може вплинути на результати такої роботи.

Також зазначається про такий інтерес близьких осіб претендента на посаду (осіб, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки із претендентом (крім осіб, взаємні права та обов'язки яких із суб'єктом не мають характеру сімейних), у тому числі осіб, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі, а також незалежно від зазначених умов - чоловіка, дружини, батька, матері, вітчима, мачухи, сина, дочки, пасинка, падчерики, рідного брата, рідної сестри, діда, баби, прадіда, прабаби, внука, внучки, правнука, правнучки, зятя, невістки, тестя, теці, свекра, свекрухи, усиновлювача чи усиновленого, опікуна чи піклувальника, особи, яка перебуває під опікою або піклуванням претендента) та у разі наявності інших осіб, з якими претендент на посаду має важливі спільні інтереси та які можуть бути сприйняті як втручання в його діяльність (наприклад, роботодавця, співробітників тощо).

Відповідь "так" на поставлені питання не має наслідком необрання на посаду.

\*\* У разі проставлення позначки "+" навпроти відповіді "так" дайте пояснення у таблиці.

\_\_\_\_\_