**ОГОЛОШЕННЯ**

**про проведення конкурсного відбору на зайняття посад незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради**

Відповідно до Порядку утворення наглядової ради закладу охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України «Про наглядову раду закладу охорони здоров’я» від 21 листопада 2023 року № 1221, Порядку утворення наглядової ради закладу охорони здоров’я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Волинської області, затвердженого рішенням Волинської обласної ради від 16 травня 2025 року № 32/15, рішення Волинської обласної ради від 16 травня 2025 року № 32/17 «Про формування наглядових рад закладів охорони здоров’я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області», Волинська обласна рада оголошує конкурсний відбір на зайняття посад незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради (місцезнаходження: вулиця Загородня, 20, місто Луцьк, Волинська область, 43008).

Наглядова рада є колегіальним органом управління закладу охорони здоров’я, який у межах компетенції, визначеної законом і положенням про наглядову раду, здійснює управління закладом охорони здоров’я, а також контролює діяльність керівника закладу охорони здоров’я.

Згідно пункту 13 Порядку утворення наглядової ради закладу охорони здоров’я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Волинської області, затвердженого рішенням Волинської обласної ради від 16 травня 2025 року № 32/15, кількість представників від громадських об’єднань, громадських спілок, благодійних організацій, що провадять діяльність у сферах запобігання корупції, захисту прав пацієнтів, розвитку сфери охорони здоров’я, та/або професійних асоціацій працівників сфери охорони здоров’я, неурядових організацій інших держав, міжнародних неурядових організацій, які діють на території України (далі – організації) до складу наглядової ради закладу охорони здоров’я становить шість осіб.

**Кандидат у члени наглядової ради повинен відповідати таким вимогам:**

вища освіта не нижче першого (бакалаврського) рівня;

досвід роботи не менш як п’ять років в одній або сукупно у кількох із таких сфер діяльності: забезпечення та захист прав у сфері охорони здоров’я, сприяння розвитку охорони здоров’я, надання медичних послуг, протидія корупції, економіка, банківська справа, фінанси, управління та правознавство;

вільне володіння державною мовою.

Кандидатом у члени наглядової ради не може бути особа, яка має судимість за вчинення кримінального правопорушення, якщо така судимість не погашена або не знята в установленому законом порядку, або на яку протягом останніх п’яти років накладалося адміністративне стягнення за вчинення корупційного або пов’язаного з корупцією правопорушення, а також особа, яка є громадянином Російської Федерації, Республіки Білорусь, або до якої застосовуються обмежувальні дії (санкції).

Для участі у конкурсі кандидати подають особисто або надсилають в електронній формі на адресу електронної пошти, зазначеної в оголошенні, заяву про участь у конкурсі згідно з додатком 1 разом з:

копією документа, що посвідчує особу кандидата;

згодою на обробку персональних даних;

резюме за формою, визначеною у додатку 2 цього оголошення;

копією (копіями) документа (документів) про вищу освіту;

мотиваційним листом, що містить обґрунтування заінтересованості кандидата у зайнятті посади незалежного члена наглядової ради;

копією довідки про відсутність судимості;

копією інформаційної довідки з Єдиного державного реєстру осіб, які вчинили корупційні або пов’язані з корупцією правопорушення;

заявою про відсутність конфлікту інтересів за формою, визначеною у додатку 3 цього оголошення;

копією довідки про доходи (довідки з Державного реєстру фізичних осіб про суми виплачених доходів та утриманих податків) за останні чотири послідовні податкові квартали.

Кандидат може подавати додаткові документи стосовно досвіду роботи, професійної компетентності і репутації (зокрема, характеристики, рекомендації, наукові публікації).

Конкурс проводитиметься у приміщенні Волинської обласної ради за адресою: м. Луцьк, майдан Київський, 9.

Документи від кандидатів подаються до виконавчого апарату обласної ради у паперовому вигляді за адресою: м. Луцьк, майдан Київський, 9, 3 поверх, 322, 323 кабінети або надсилаються в електронному вигляді належним чином завірені копії документів на електронну пошту: post@volynrada.gov.ua упродовж 14 календарних днів з дня оприлюднення цього оголошення. Телефон для довідок: (0332) 77-83-23.

Додаток 1

до оголошення про проведення конкурсного відбору на зайняття посад незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

**Форма заяви про участь у конкурсі на зайняття посади незалежного члена наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради**

Конкурсній комісії для відбору незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б. претендента, повні у родовому відмінку, паспорт серія, номер, ким та коли виданий)

зареєстрований:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мешкаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(домашній, мобільний) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адреса електронної пошти)

ЗАЯВА

Прошу допустити мене до участі у відборі на зайняття посади незалежного члена наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради.

До заяви додаю:

1) копію документа, що посвідчує особу;

2) згоду на обробку персональних даних;

3) резюме;

4) копію (копії) документа (документів) про здобуту вищу освіту;

5) мотиваційний лист, що містить обґрунтування заінтересованості кандидата у зайнятті посади незалежного члена наглядової ради;

6) копію довідки про відсутність судимості;

7) копію інформаційної довідки з Єдиного державного реєстру осіб, які вчинили корупційні або пов’язані з корупцією правопорушення;

8) заяву про відсутність конфлікту інтересів;

9) копію довідки про доходи (довідки з Державного реєстру фізичних осіб про суми виплачених доходів та утриманих податків) за останні чотири послідовні податкові квартали.

Умови участі та проходження відбору мені зрозумілі.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 підпис

Додаток 2

до оголошення про проведення конкурсного відбору на зайняття посад незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

**РЕЗЮМЕ**

Подається для участі у конкурсі на зайняття посади незалежного члена наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

1. Прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. По батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Число, місяць, рік народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Контактні дані:

проживаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

тел. моб.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

е-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Реквізити документа, що посвідчує особу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(назва документа, серія (у разі наявності)

найменування органу, що видав, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата видачі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Підтвердження наявності відповідного ступеня освіти

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Повне найменування закладу освіти | Галузь знань/спеціальність/спеціалізація/кваліфікація | Ступінь вищої освіти | Серія та номер диплома, дата його видачі |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. Володіння мовами

|  |  |
| --- | --- |
| Мова | Рівень володіння державною та іноземними мовами, реквізити документа, що його підтверджує (за наявності) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

9. Відомості про стаж роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Число, місяць, рік | Повне найменування підприємства, установи, організації | Найменування посади | Короткий опис основних функцій |
|
| призначення на посаду | звільнення з посади |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

10. Додаткова інформація (не обов’язково):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток 3

до оголошення про проведення конкурсного відбору на зайняття посад незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

**Форма заяви**

**про відсутність конфлікту інтересів**

Конкурсній комісії для відбору незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, під час виконання повноважень незалежного члена наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради зобов’язуюсь дотримуватися вимог Закону України «Про запобігання корупції», зокрема, зобов’язуюся утримуватися від участі у голосуванні наглядової ради, при якому у мене може бути наявним реальний або потенційний конфлікт інтересів.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |
| (дата) |  | (підпис) |  | (ім’я та прізвище) |

 підпис

Конкурсній комісії для відбору незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Згода на обробку персональних даних**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *прізвище, ім'я та по батькові(за наявності)*

даю згоду на обробку персональних даних конкурсній комісії для відбору незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради.

Також надаю згоду конкурсній комісії для відбору незалежних членів наглядової ради комунального підприємства «Волинське обласне територіальне медичне об’єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради на обробку (збирання, реєстрацією, накопичення, зберігання, використання, поширення, знеособлення, знищення) моїх персональних даних у разі: зміни мети обробки на будь-яку іншу; внесення змін до моїх персональних даних; дії щодо надання часткового або повного права обробки моїх персональних даних іншим суб'єктам відносин, пов'язаних із персональними даними та не пов’язаних з таким даними; поширення персональних даних, що передбачає дії щодо передачі відомостей про мене з баз персональних даних; знищення моїх персональних даних з баз персональних даних; обмеження доступу до них третіх осіб; внесення змін до моїх персональних даних.

Всі вище зазначені дії дозволяю проводити без моєї додаткової письмової або усної згоди та без повідомлення мене у будь-якій формі.

Зобов'язуюсь, при зміні моїх персональних даних надавати уточнену інформацію та подавати відповідні документи.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(підпис)*