

ОГОЛОШЕННЯ

про відбір незалежних членів наглядових рад закладів охорони здоров'я, що належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Дніпропетровської області

Відповідно до розпорядження голови обласної ради від 29 травня 2026 року № 117-Р “Про проведення конкурсу з відбору незалежних членів наглядових рад закладів охорони здоров'я, що належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Дніпропетровської області, та про формування постійно діючої конкурсної комісії з відбору незалежних членів наглядових рад закладів охорони здоров'я, що належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Дніпропетровської області” оголошується конкурс з відбору незалежних членів наглядових рад:

комунального некомерційного товариства “Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова” Дніпропетровської обласної ради” (місцезнаходження: пл. Соборна, 14, м. Дніпро, 49000);

Кандидатура повина 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.

Для участі у конкурсі кандидати надсилають в електронній формі на адресу електронної пошти: info@oblrada.dp.gov.ua:

заяву про участь у конкурсі (додаток 1);

копію документа, що посвідчує особу кандидата;

резюме;

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

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

копію довідки про відсутність судимості;

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

заяву про відсутність конфлікту інтересів (додаток 2);

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

Відповідно до Закону України “Про забезпечення функціонування української мови як державної” рівень володіння державною мовою,

засвідчується документом про повну загальну середню освіту за умови, що такий документ підтверджує вивчення особою української мови як навчального предмета (дисципліни), або державним сертифікатом про рівень володіння державною мовою, що видається Національною комісією зі стандартів державної мови.

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

Особи, які входять до складу наглядових рад закладів охорони здоров'я, що належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Дніпропетровської області є суб'єктами, на яких поширюється дія Закону України "Про запобігання корупції".

Термін подання пропозицій з 28.07.2026 по 31.08.2026

Дата проведення конкурсу буде визначена додатково та оприлюднена на офіційному вебсайті обласної ради та вебсайті закладу охорони здоров'я.

Місце проведення конкурсу: просп. Олександра Поля, 2, кім. 420, м. Дніпро.

Телефон для довідок: (056) 742-75-46.

Додаток 1

Постійно діючій конкурсній комісії з
добору незалежних членів наглядових
рад закладів охорони здоров'я

(ім'я, прізвище кандидата)

мешкаю за адресою:

тел. дом. _____

тел. моб. _____

З А Я В А

Прошу допустити мене до участі в конкурсі з відбору незалежних членів
наглядової ради закладів охорони здоров'я, а
саме: _____

(назва КНТ)

З умовами конкурсу та встановленими законодавством вимогами до
незалежного члена наглядової ради закладу охорони здоров'я
ознайомлений(на).

Необхідні документи відповідно до затвердженого переліку додаю.

_____ 20__ р.

(підпис)

Додаток 2

Постійно діючій конкурсній комісії

Кандидата у члени наглядової ради

(назва закладу охорони здоров'я)

ПІБ

ЗАЯВА

Я, _____, як кандидат у
незалежні члени наглядової ради _____,
(назва закладу охорони здоров'я)
повідомляю про відсутність в моїх діях конфлікту інтересів.

Дата

підпис