

**AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N° 2 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE BIOLOGO – DISCIPLINA MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA DA DESTINARE AL P.O. SS. TRINITA'**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 20 MAGGIO 2011**

In esecuzione della deliberazione n° 455 del 22.04.2011, la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n° 2 posti nel profilo di **Dirigente Biologo** nella disciplina di **Microbiologia e Virologia**.

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni, nel profilo e nella disciplina oggetto della mobilità e che abbiano superato il periodo di prova.

I dipendenti interessati potranno presentare domanda in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilato su carta semplice (datato e firmato) ed un certificato di servizio contenente i dati stipendiali.

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL n°8 di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento **entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale**. A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

**Si fa presente che non verranno prese in considerazione le domande di mobilità precedentemente inviate ed attualmente presenti agli atti dell'Azienda.**

Un'apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio volto a valutare la professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle Aziende ed Enti di appartenenza.

Nell'ambito della valutazione dei titoli e curricula professionali dei partecipanti verranno utilizzati criteri di massima di seguito elencati:

- 1. Comprovata esperienza e completa autonomia nel settore della microbiologia specialistica clinico-ospedaliera;**
- 2. Specifiche competenze:**

Allegato alla delibera n° 495 del 22/04/2011

- **nella diagnosi microbiologica delle infezioni da micobatteri tubercolari e non tubercolari, mediante tecniche microscopiche, di isolamento colturale, di identificazione fenotipica e genotipica, e determinazione della sensibilità antimicrobica;**
- **nella diagnosi microbiologica delle infezioni da *Helicobacter pylori* e da microorganismi cosiddetti “difficili” mediante tecniche microscopiche, di isolamento colturale, identificazione e determinazione della sensibilità antimicrobica;**
- **nella sorveglianza delle infezioni nosocomiali, con particolare riguardo al monitoraggio dell’antibiotico-resistenza;**
- **nella diagnosi microbiologica delle infezioni da miceti lievitriformi e filamentosi mediante tecniche microscopiche, di isolamento colturale, identificazione e determinazione della sensibilità antimicrobica;**
- **nell’utilizzo delle tecniche di Biologia Molecolare, applicate alla Diagnostica Microbiologica.**

Il Direttore Generale, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di merito espressi nella stessa, deciderà i nominativi degli interessati per i quali procedere alla chiamata per la copertura dei posti.

Ai soggetti individuati verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all’Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l’espletamento della procedura stessa.

Il presente avviso verrà pubblicato in forma integrale sul sito aziendale [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it), sul quale verrà pubblicato anche lo schema di domanda e del modello di curriculum/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Ogni informazione potrà essere richiesta al Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/609.3267.

Il Direttore Generale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, in presenza di motivi legittimi o di particolari ragioni senza che nei partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

**IL DIRETTORE GENERALE**

**(Dr. Emilio Simeone)**

**FAC SIMILE DOMANDA**

Al Direttore Generale  
Della ASL di Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1 Loc. su Planu  
09047 Selargius (CA)

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_), Via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_ e domiciliat\_\_\_ per la procedura in oggetto in  
\_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammess\_\_\_ a partecipare alla Mobilità regionale ed interregionale indetta per la copertura di **n°2 posti nel profilo di Dirigente Biologo nella disciplina di Microbiologia e Virologia.**

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo di Dirigente Biologo- disciplina di Microbiologia e Virologia- presso la seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'ordine dei Medici;
- di essere stato assunto in data \_\_\_\_\_ e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Struttura/P.O/Servizio..... di.....;
- di essere attualmente titolare di incarico di \_\_\_\_\_ conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)
  - pieno

Allegato alla delibera n° 495 del 22/04/2011

- parziale, con percentuale lavorativa al .....% , per n° .....ore settimanali;
- di avere effettuato negli ultimi tre anni n° ..... giorni di malattia;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
  - Sì (specificare per chi).....
  - No
- Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)
  - Sì  
.....
  - No
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare ipotesi contraria);
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/03;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- certificato di servizio con dati stipendiali
- Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, datato e firmato

Data, .....

Firma

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(D.P.R. 445/2000)**CURRICULUM**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA****ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

■ Titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni, master etc.)

■ pubblicazioni e titoli scientifici

(le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate)

■ partecipazione a corsi, convegni, etc.

(Indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento)

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

(attestare dettagliatamente)

■ servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_ presso (Ente) \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

■ servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_ con rapporto \_\_\_\_\_ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/etc.) presso (Ente) \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \* \_\_\_\_\_

\* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**