

Allegato alla delibera n° 612 del 24/05/2011

RIAPERTURA TERMINI AVVISO DI MOBILITA' PRE-CONCORSUALE REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N°4 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTEMEDICO NELLA DISCIPLINA DI NEUROLOGIA INDETTA CON DELIBERA N. 1080 DEL 14/09/2009.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 11 GIUGNO 2011

In esecuzione della deliberazione n° 612 del 24/05/2011, la ASL di Cagliari intende riaprire i termini relativi alla procedura di mobilità pre-concorsuale regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n°4 posti nel profilo di **Dirigente Medico** nella disciplina di **Neurologia**, indetta con delibera n. 1080 del 14/09/2009, rettificando parzialmente detta delibera mediante l'individuazione nel complesso di **n. 5** posti da coprire così destinati:

- **U.O. di Neurochirurgia (1 posto) e Unità Spinale (1 posto) del P.O. Marino,**
- **U.O. di Neuroriabilitazione del P.O. SS.Trinità (1 posto);**
- **Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi (2 posti).**

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni, nel profilo 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.

Le domande presentate entro il 26/10/2009, termine di scadenza del precedente avviso, sono valide a tutti gli effetti. E' in facoltà da parte dei candidati interessati di presentare, entro la nuova data di scadenza, eventuale ulteriore documentazione ad integrazione di quella già inoltrata.

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

Allegato alla delibera n° 612 del 24/05/2011

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, con riferimento specifico al **Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi**, verranno utilizzati i criteri di massima di seguito elencati:

- **Esperienza nella diagnosi e terapia della sclerosi multipla;**
- **Esperienza nella diagnosi e cura delle malattie neuromuscolari;**

Con riferimento specifico all' **U.O. Di Neuroriabilitazione del P.O. SS.Trinità** verranno utilizzati i criteri di massima di seguito elencati:

- **Esperienza lavorativa prevalentemente svolta nell'ambito di servizi o strutture indirizzate alla neuroriabilitazione, con possesso di documentate competenze riguardanti la riabilitazione cognitiva del soggetto cerebroleso adulto e, in modo particolare, del soggetto con deficit cognitivo da encefalopatia traumatica.**
- **Possesso di provate e particolari competenze nell'ambito della Neuropsicologia Clinica nei soggetti affetti da patologie del SNC (in special modo da esiti di trauma cranico), con esperienza diretta dell'utilizzo di tutti gli strumenti di diagnosi neuropsicologica- inclusi quelli strumentali (es. TEA)- e piena autonomia nell'interpretazione e utilizzo clinico dei risultati;**
- **Competenza ed esperienza nella valutazione dei deficit neuropsicologici dell'adulto con diagnosi di Insufficienza Mentale o affetto da malattia primariamente psichiatrica (Schizofrenia, Disturbo Bipolare, etc).**
- **Documentata esperienza, già acquisita presso la ASL di provenienza, nell'ambito della Commissione per l'accertamento della Morte Cerebrale, in qualità di componente Neurologo esperto in EEG.**

Con riferimento specifico alle **UU.OO. Di Neurochirurgia e Unità Spinale del P.O. Marino** verranno utilizzati i criteri di massima di seguito elencati:

- **Esperienza lavorativa svolta in struttura di degenza neurologica e/o affine con espletamento di attività in urgenza;**
- **Comprovato training e autonomia in campo neurofisiologico;**
- **Esperienza in neuroriabilitazione.**

Allegato alla delibera n° 612 del 24/05/2011

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, 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)

Io 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 pre-concorsuale regionale ed interregionale indetta per la copertura di **n°5 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia da destinarsi all' U.O. di Neurochirurgia (1 posto) e Unità Spinale (1 posto) del P.O. Marino, all' U.O. di Neuroriabilitazione del P.O. SS.Trinità (1 posto) e al Centro sclerosi Multipla del P.O. Binaghi (2 posti).**

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 Medico- disciplina di Neurologia- presso la seguente Pubblica Amministrazione
....., con sede in
..... Via
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'ordine dei Medici;

Allegato alla delibera n° 612 del 24/05/2011

- 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
 - 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
- di essere disposto allo svolgimento di turni di lavoro e a prestare la propria attività anche in regime di pronta disponibilità, ovvero (specificare ipotesi contraria)
- Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)
 - Sì
 -
 - No
- 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, _____

Allegato alla delibera n° 612 del 24/05/2011

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.**