

AVVISO PUBBLICO

**di procedura selettiva per il conferimento, ai sensi dell'art. 15 septies, d.lgs n. 502 del
30.12.1992 e ss.mm.ii., di un incarico quinquennale per
Dirigente delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della
prevenzione e della professione ostetrica – Responsabile della Struttura semplice “Area
ospedaliera” afferente alla S.C. “Area nursing” della ASL di Cagliari.**

L'Azienda ASL di Cagliari, in esecuzione della deliberazione del Direttore generale n. 1353 del 17.10.2011, intende procedere alla stipula di un contratto a tempo determinato per il conferimento di un incarico di Responsabile della Struttura semplice “Area ospedaliera” afferente alla S.C. “Area nursing” ad un Dirigente delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica .

La procedura è aperta a laureati in una delle seguenti classi di laurea (LS o LM) ed equipollenti:

- classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (snt1)
- classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione (snt2)
- classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche (snt3)
- classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione (snt4)

I requisiti generali e specifici richiesti sono i seguenti :

1. cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
2. godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
3. non aver riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso e non aver subito condanne che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;

4. di non essere cessati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
5. posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva;
 - ai fini della presente procedura di essere in possesso di:
 - laurea in una delle seguenti classi di laurea (LS o LM): classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o (snt1); classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione (snt2); classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche (snt3); classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione (snt4).
 - 5 anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio sanitario nazionale nella categoria D o DS ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni
 - iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti.

Il candidato deve possedere una comprovata competenza, professionalità ed esperienza funzionale coerente con l'incarico da ricoprire.

La domanda, datata e firmata, redatta secondo l'apposito fac-simile allegato (allegato A), dovrà essere inviata al Direttore generale Azienda ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca n° 1, 09047 Selargius; a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento o presentata direttamente all'Ufficio Protocollo Generale della Sede Amministrativa dell'Azienda.

Le domande dovranno essere presentate entro il termine di 15 gg. dalla data di pubblicazione di apposito avviso sull'Albo ufficiale dell'Azienda sul sito internet aziendale www.aslcagliari.it.

Alla domanda dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, con autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso, nonché la fotocopia di un documento

d'identità in corso di validità. Per i diplomi di laurea equipollenti dovrà essere dimostrata la predetta equipollenza da parte del candidato.

I documenti allegati devono essere presentati in conformità alle disposizioni del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. in materia di documenti amministrativi.

Si vedano gli allegati B, C e D.

L'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze degli aspiranti sarà effettuato dalla Direzione aziendale (eventualmente anche per mezzo di apposita commissione), la quale, dopo aver accertato il possesso dei requisiti dei candidati e dopo aver valutato i curricula presentati, procederà all'individuazione del candidato cui conferire l'incarico.

Qualora la Direzione aziendale lo riterrà opportuno potrà procedere all'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze richieste agli aspiranti anche attraverso un colloquio diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato.

Il contratto a tempo determinato verrà stipulato con il Direttore generale dell'Azienda ASL di Cagliari, previa acquisizione della documentazione di rito, avrà durata di cinque anni. Il trattamento economico sarà determinato in coerenza con i contratti collettivi della Dirigenza del S.S.N. vigenti al momento.

Il Direttore generale dell'Azienda ASL di Cagliari si riserva la facoltà di sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento.

Per informazioni e per ricevere copia del presente avviso, rivolgersi all'ASL Cagliari, Via Pier della Francesca n. 1, 09047 Selargius (CA), tel. 0706093849/3218.

Il presente avviso sarà pubblicato sul sito www.aslcagliari.it.

IL DIRETTORE GENERALE

(dott. Emilio Simeone)

ALLEGATO A

Al Direttore generale dell'Azienda
ASL di Cagliari, Via Pier della Francesca 1
09047 Selargius (CA)

Il/la sottoscritto/a.....

c h i e d e

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico
di.....

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a a.....il.....
- di essere residente a.....CAP.....Via/Piazza.....
.....n.....tel.....
- di essere cittadino/a italiano/a (o specificare se italiano o di altro stato dell'Unione europea o di essere in possesso del permesso o carta di soggiorno);
- equivalente;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....(se cittadino italiano)*1
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso *2
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e professionali:
.....
.....
.....
.....
- di essere iscritto all'albo professionale (ove esistente e richiesto).....

- di trovarsi nelle seguenti condizioni rispetto agli obblighi militari:
.....
- di aver prestato i seguenti servizi: (indicare gli eventuali servizi presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti d'impiego);
- di aver un'adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli Stati membri dell'U.E.);
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali ai fini del d.lgs n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii.
- di eleggere domicilio agli effetti del concorso in
.....

Data

Firma

* 1) Indicare eventualmente i motivi della mancata iscrizione

* 2) Dichiarare le eventuali condanne penali riportate

(Da utilizzare per dichiarare, ad esempio: iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni; appartenenza a ordini professionali; titolo di studio, esami sostenuti; qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica ecc.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. __), il _____ residente in _____, (Prov. __), Via _____ n° __, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000

D I C H I A R A

1. di essere in possesso dei seguenti titoli _____
2. di _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/2000, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/2003 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.

data e firma

ALLEGATO C

(Da utilizzare per dichiarare stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato come, ad esempio, l'esperienza professionale e lavorativa).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ____), il _____ residente in _____, (Prov. ____), Via _____ n° ____, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000

D I C H I A R A

– di _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/2000, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/2003 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.

data e firma

ALLEGATO D

(Da utilizzare per dichiarare che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. __), il _____ residente in _____, (Prov. __), Via _____ n° __, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000

D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che le copie fotostatiche dei seguenti documenti sono conformi all'originale di cui è in possesso:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/2000, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/2003 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.

data e firma