

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A NORMA DELL'ARTICOLO 7, COMMA 6, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001, N. 165 E SS.MM.II

In esecuzione della deliberazione n.848 del 14 giugno 2012 e in applicazione del "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii." approvato con deliberazione n. 760 del 23.06.2009

E' INDETTA

Una procedura di comparazione per il conferimento di un incarico individuale di collaborazione per Un medico specialista in chirurgia generale esperto in attività chirurgica oncologica

<u>Oggetto</u>: Progetto di razionalizzazione e riorganizzazione delle unità operative dedicate alla Chirurgia Generale;

Durata: mesi 6.

Sede di svolgimento: Direzione aziendale ASL Cagliari;

Modalità di svolgimento della prestazione: da concordarsi con la Direzione aziendale.

Compenso: € 24.000,00 complessivi al lordo delle ritenute fiscali

Il sopra menzionato compenso è giustificato in relazione all'impegno lavorativo da prestarsi da parte del singolo professionista.

Costituiscono requisiti di accesso alla procedura:

Requisiti generali:

- cittadinanza italiana;
- godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
- non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate);
- 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;

Requisiti specifici:

- Titolo di studio: laurea in Medicina e chirurgia.
- Specializzazione nella disciplina oggetto della selezione (Chirurgia generale).
- Iscrizione al relativo albo professionale.

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata di curriculum formativo e professionale, all'Azienda ASL di Cagliari - Via Piero della Francesca 1 – 09047 SELARGIUS, entro il termine perentorio del giorno

02/07/2012_

Le domande potranno pervenire sia tramite posta che con consegna all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda sito al piano terra della Sede Amministrativa dell'Azienda (Via Piero della Francesca 1 - SELARGIUS). In caso di utilizzo del servizio postale la domanda dovrà essere indirizzata al Direttore generale della ASL di Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS e dovrà essere inoltrata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro la data di scadenza. La data di spedizione è comprovata da timbro e data dell'ufficio postale accettante.

Alla domanda dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, l'autocertificazione dei titoli posseduti, ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso e la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità. I documenti allegati devono essere presentati in conformità alle disposizioni del d.p.r. n. 445/2000 in materia di documenti amministrativi.

Tutti i titoli devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente (d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.).

Il candidato deve avvalersi delle seguenti dichiarazioni sostitutive previste dal d.p.r. 445/00:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 d.p.r. 445/00.
- 2) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47, d.p.r. 445/00) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 d.p.r. 445/00.
- 3) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale di una copia (ad es. di una pubblicazione) di cui agli artt. 19 e 47 d.p.r. 445/00.
 - Si vedano i fac-simile allegati al presente bando.
 - Alle predette dichiarazioni sostitutive di atto notorio dovrà essere allegata <u>fotocopia di un documento di</u> riconoscimento in corso di validità.

Non saranno presi in considerazione titoli non documentati secondo le modalità sopra esposte.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Il Servizio del Personale procederà all'accertamento del possesso dei requisiti d'accesso alla procedura mentre una Commissione appositamente individuata dal Direttore generale provvederà ad effettuare una valutazione comparativa dei curricula pervenuti ed alla verifica del requisito della particolare e comprovata specializzazione anche universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta ovvero degli altri requisiti richiesti dalla legge e tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, con particolare riferimento a:

- comprovata e altamente qualificata esperienza professionale come primo operatore in interventi chirurgici nel campo specifico delle patologie neoplastiche; (massimo 20 punti);
- formazione ed attività professionale con specifico riferimento alla Chirurgia generale (massimo 20 punti);
- competenza in attività direzionali organizzative (massimo 20 punti);
- ulteriori elementi legati alla specificità dell'attività richiesta (massimo 10 punti).

Ai fini del conferimento dell'incarico di collaborazione oggetto del presente bando la Commissione procederà alla formulazione di apposita graduatoria sulla base dei punteggi riportati dai candidati in ordine ai titoli posseduti dai medesimi.

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta, potranno essere invitati a sostenere colloqui, esami, prove specifiche.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento al "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. a soggetti esterni presso l'Azienda ASL di Cagliari", approvato con deliberazione del 23.06.2009 n. 760 ed alla normativa ivi indicata.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

L'Amministrazione si riserva, altresì, la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni dell'Azienda ASL di Cagliari, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

La procedura di comparazione verrà conclusa nei termini e con le modalità previste dall'art. 2 della l. n. 241 del 07.08.1990 e s.s.m.m.i.i. e ne sarà data pubblicità tramite il sito web aziendale. Per informazioni rivolgersi al Servizio del Personale, tel. 070 – 6093849 / 3218.

Selargius,		
Serai gras,		

Al Direttore generale dell'Azienda ASL di Cagliari Servizio del Personale Via Piero Della Francesca, 1 09047 Selargius - Cagliari _l_ sottoscritt_ ____, nat_ a ____ (Prov.__) il ____, residente in ______, (CAP_____), Via _______, n._____ e domiciliat__ per la presente procedura in ______, n. _____, n. _____, n. ______, Tel. n. _____ CHIEDE di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di collaborazione per Un medico specialista in chirurgia generale esperto in attività chirurgiche oncologiche di cui alla delibera n. 848 del 14 giugno 2012 A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, dichiara: di essere cittadino _____ (specificare se italiano o di altro stato); di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____; di non aver riportato condanne penali П (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali)_____; di essere in possesso del titolo di studio di conseguito presso _____; di essere iscritto all'ordine professionale _____; di aver ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione); che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL Ai sensi del d.lgs 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii., di accordare il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge. Le comunicazioni relative al concorso dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito. Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato e copia di un documento di identità in corso di validità. In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito. Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

FIRMA

FAC SIMILE DI DOMANDA

DATA _____

(Da utilizzare per dichiarare, <u>ad esempio</u>: 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.:	n. 445 del 28.12.2	2000		
Il/La sottoscritto/a	nato/a a	, (Prov	_), il	residente in
(Prov), Via n°,				
•	•		caso di d	ichiarazioni mendaci, di formazione
o uso di atti falsi, richiamate	dall'art. 76 del d.p.	.r. n. 445/2000		
	Ε	DICHIARA		
1. di essere in possesso dei	seguenti titoli di stu	ıdio:		
Il/La sottoscritto/a dichiara	di essere a conosce	enza dell'art. 75	del d.p.r.	445/00, relativo alla decadenza de

ll/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. /5 del d.p.r. 445/00, 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 196/03 accorda il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del d.p.	r. n. 445 del 28.12.20	000	
Il/La sottoscritto/a	nato/a a	, (Prov), il	residente in
(Prov), Via n°,	, C.A.P.:,		
consapevole delle sanzioni	penali cui può andar	re incontro, nel caso di dic	chiarazioni mendaci, di formazione
o uso di atti falsi, richiamat	e dall'art. 76 del d.p.:	r. n. 445/2000	
	D	ICHIARA	
di			

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, 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 196/03 accorda il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma

(Da utilizzare, per esempio, per dichiarare che la copia di una pubblicazione è conforme 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

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, 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 196/03 accorda il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma