



**MOBILITA' REGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N° 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI IMMUNOEMATOLOGIA PER IL COORDINAMENTO DEL CENTRO REGIONALE TRAPIANTI.**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE:** 28/07/2012

In esecuzione della deliberazione n° \_\_\_\_\_, la ASL di Cagliari intende bandire una mobilità regionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n°1 posto nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Immuno-ematologia per il Coordinamento del Centro Regionale Trapianti c/o il P.O. Binaghi:

Tenuto conto delle peculiarità proprie dell'attività di Coordinamento del Centro Regionale Trapianti ed in ossequio a quanto previsto specificamente dalla deliberazione regionale n. 48/13 del 28/12/2001, possono partecipare i dirigenti medici che abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni, che abbiano superato il periodo di prova e che siano in possesso di una delle seguenti specializzazioni:

- Ematologia;
- Immuno-ematologia;
- Immunologia Clinica;
- Genetica Medica.

I dipendenti interessati potranno presentare domanda in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, anch'esso compilato su carta semplice (datato e firmato).

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.

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, utilizzando i seguenti criteri di massima:

- 1) **Specifiche competenze in tema di valutazione di idoneità dei donatori d'organo e di cellule staminali ematopoietiche;**



**2) Partecipazione a corsi nazionali riconosciuti dal Ministero della Salute-centro Nazionale Trapianti.**

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 indetta per la copertura di n. 1 posto nel profilo di
Dirigente Medico nella disciplina di Immuno-Ematologia per il Coordinamento del Centro Regionale
Trapianti.

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 nella disciplina di
\_\_\_\_\_ (specificare obbligatoriamente la disciplina riportata nel
contratto individuale di lavoro) presso la seguente Pubblica Amministrazione
....., con sede in
..... Via .....;
di essere specializzato in.....
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
  - parziale, con percentuale lavorativa al .....% , per n° .....ore settimanali;
- di avere effettuato negli ultimi tre anni n° ..... giorni di malattia;
- di disporre, alla presente data, di n° ..... giorni di ferie non ancora godute;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
  - Si (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)
  - Si  
.....
  - 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;

Allega alla presente

- Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio (con formula di responsabilità ex art. 76 del DPR 445/00), 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.**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

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***

-

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € \_\_\_\_\_