ASLCagliari

Allegato alla delibera n° 1247 del 06/09/2012

AVVISO DI MOBILITA' PRE-CONCORSUALE REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA COMPLESSIVA DI N° 5 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE FARMACISTA NELLA DISCIPLINA DI FARMACIA TERRITORIALE (N. 2 POSTI) DA DESTINARE AL S.F. DI ISILI E MURAVERA E DI FARMACIA OSPEDALIERA (N. 3 POSTI) DA DESTINARE AI PP.OO. SS.TRINITA' E BUSINCO.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 28/09/2012

In esecuzione della deliberazione n° 1247 del 06/09/2012, la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità pre-concorsuale regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura complessiva di n° **5** posti nel profilo di **Dirigente Farmacista** nella disciplina di **Farmacia Territoriale e di Farmacia Ospedaliera** da destinare, rispettivamente, al S.F. di Isili e Muravera (n. 2 posti) e ai PP.OO. SS.Trinità e Businco (n.3 posti).

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre pubbliche 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).

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 a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante) o tramite Posta Elettronica Certificata settore.concorsi@pec.aslcagliari **entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.**
Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.
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.

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

Per la copertura di n. 2 posti nella disciplina di Farmacia Territoriale:

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

- **Esperienza nella gestione della distribuzione diretta e nell'analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG;**
- **Capacità di utilizzo dei sistemi informatici e conoscenza dell'inglese scientifico.**
- **Aggiornamento professionale attinente e titoli accademici o di studio nella disciplina richiesta.**

Per la copertura di n. 3 posti nella disciplina di Farmacia Ospedaliera:

- **Esperienza nella gestione della logistica del farmaco e del D.M. in realtà con grandi numeri di distribuzione, nella distribuzione diretta del farmaco e nella preparazione dei farmaci antiblastici.**
- **Capacità di utilizzo dei sistemi informatici e conoscenza dell'inglese scientifico.**
- **Aggiornamento professionale attinente e titoli accademici o di studio nella disciplina richiesta.**

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.N.L.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

Si evidenzia che all'atto del trasferimento in entrata verranno riconosciute da questa Azienda unicamente le eventuali ferie non ancora godute dell'anno in corso.

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)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

FAC SIMILE DOMANDA

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

__l__ 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 complessiva di **n°5 posti nel profilo di Dirigente Farmacista nella disciplina di Farmacia Territoriale e di Farmacia Ospedaliera.**

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 Farmacista- disciplina di _____(specificare obbligatoriamente la disciplina riportata nel contratto individuale di lavoro) presso la seguente Pubblica Amministrazione ……., con sede in ……. Via ……;
- ❑ di essere iscritto all'Albo Professionale dell'ordine dei Farmacisti;
- ❑ 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)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

- ❑ 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, datato e firmato;
- ❑ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di inquadramento giuridico e dati stipendiali.

Data, ……..

Firma

_____

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

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

D I C H I A R A

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, verifichi 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.**

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

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

D I C H I A R A

-di essere inquadrato presso la seguente P.A. nel profilo di Dirigente Farmacista nella Disciplina di

_____

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € _____

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it