

Allegato alla delibera n° 1434 del 18/10/2012

**AVVISO DI MOBILITA', REGIONALE ED INTERREGIONALE, TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N°3 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DA DESTINARE AL P.O. SAN GIUSEPPE DI ISILI (2 POSTI) ED AL P.O. SAN MARCELLINO DI MURAVERA (1 POSTO).**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 7 Novembre 2012**

In esecuzione della deliberazione n° 1434 del 18/10/2012, la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità, regionale ed interregionale, fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n° 3 posti nel profilo di **Dirigente Medico** nella disciplina di **Anestesia e Rianimazione** da destinare al P.O. San Giuseppe di Isili (2 posti) ed al P.O. San Marcellino di Muravera (1 posto).

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 di 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.it](mailto:settore.concorsi@pec.aslcagliari.it) **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:

Allegato alla delibera n° 1434 del 18/10/2012

**Requisiti richiesti per la copertura di n°2 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Anestesia e Rianimazione da destinare al P.O. San Giuseppe di Isili:**

- **Esperienza lavorativa prestata in anestesia generale nel corso di interventi di chirurgia generale SPT addominale;**
- **Esperienza maturata in tecniche di :**
  - ✓ **anestesia loco regionale (tronculare - subaracnoidea – epidurale);**
  - ✓ **anestesia locale;**
  - ✓ **rianimazione primaria;**
  - ✓ **consulenze anestesilogiche e rianimatorie per interni ed esterni**
  - ✓ **posizionamento CVC.**

**Requisiti richiesti per la copertura di n°1 posto di Dirigente Medico nella disciplina di Anestesia e Rianimazione da destinare al P.O. San Marcellino di Muravera:**

- **Esperienza in attività di sala operatoria ed in terapia intensiva riguardante una chirurgia addominale “maggiore”;**
- **Ottima conoscenza ed esperienza maturata in tecniche di:**
  - ✓ **Sedazioni profonde controllate**
  - ✓ **Anestesi periferiche**
- **Esperienza nel routinario controllo del dolore post operatorio secondo le linee guida**

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.

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.

Allegato alla delibera n° 1434 del 18/10/2012

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. 070/609.3396.

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)**

Allegato alla delibera n° 1434 del 18/10/2012

*FAC SIMILE DOMANDA*

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

\_\_\_\_\_, 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 ed interregionale, indetta per la copertura di **n°3 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Anestesia e Rianimazione.**

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 Anestesia e Rianimazione- presso la seguente Pubblica Amministrazione  
....., con sede in  
..... Via .....
- 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;

Allegato alla delibera n° 1434 del 18/10/2012

- di avere effettuato negli ultimi tre anni n° ..... giorni di malattia;
- 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

---

**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***

-di essere inquadrato, nel profilo di Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione, presso la seguente P.A.

\_\_\_\_\_

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

Il Dichiarante \_\_\_\_\_