

06/12/2012

MOBILITA' PRE-CONCORSUALE REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N° 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA DESTINARE ALLA DIVISIONE DI ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL P.O. MARINO.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 28 DICEMBRE 2012

In esecuzione della deliberazione n° 1698 del 06/12/2012, la ASL di Cagliari intende bandire la mobilità pre-concoursuale regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n°1 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia:

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre 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, utilizzando i seguenti criteri di massima:

- **Comprovata capacità nel campo della chirurgia della mano e della microchirurgia ricostruttiva documentata da casistica operatoria specifica;**
- **Frequenza e/o conduzione di corsi formativi e di aggiornamento inerenti la suddetta materia.**

Il Direttore Generale, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di

06/12/2012

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)

06/12/2012

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 pre-concorsuale regionale ed interregionale indetta per la copertura di n. 1 posto nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Ortopedia e Traumatologia.
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 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

06/12/2012

- parziale, con percentuale lavorativa al% , per n°.....ore settimanali;
- 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 (con formula di responsabilità ex art. 76 del DPR 445/00), datato e firmato.

Data,

Firma

06/12/2012

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, 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.**

06/12/2012

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 presso la seguente P.A. nel profilo di Dirigente Medico nella Disciplina di

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € _____