

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A NORMA DELL'ARTICOLO 7 COMMA 6, D.LGS N. 165 DEL 30.03.2001 E SS.MM.II.**

In esecuzione della deliberazione del Direttore generale n. 844 del 17.05.2013, 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 di collaborazione Libero Professionale per:

**Un Medico Chirurgo Specialista in Endoscopia Digestiva esperto nella gestione di tutte le problematiche ed eventuali complicanze dell'endoscopia digestiva**

**Oggetto:** svolgimento di prestazioni professionali altamente qualificate, nell'ambito del Progetto "*Riduzione liste d'attesa di esami endoscopici*" dell'U. O. di Endoscopia Diagnostica e Operativa dell'Apparato Digerente del P.O. Businco.

**Attività:** Il professionista selezionato sarà preposto allo svolgimento delle seguenti attività: esami endoscopici ed operazioni riconducibili alle competenze proprie della figura professionale di cui trattasi da svolgersi presso l'U. O. di Endoscopia Diagnostica e Operativa dell'Apparato Digerente del P.O. Businco;

**Obiettivi:** l'incarico sarà teso al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Riduzione delle liste d'attesa del CUP ed effettuazione degli esami dei reparti entro 4 giorni.
- Effettuazione degli esami in urgenza entro le 24 ore.

**Durata:** 24 mesi

**Sede di svolgimento:**

U. O. di Endoscopia Diagnostica e Operativa dell'Apparato Digerente del P.O. Businco.

**Modalità di realizzazione:** da concordarsi con il responsabile dell'unità operativa di riferimento.

**Compenso annuo:** € 32.000,00

Tale compenso è da intendersi al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali, comprensivo di IVA se dovuta e comprensivo degli oneri aziendali.

Il sopra menzionato compenso è giustificato in relazione all'impegno lavorativo da prestarsi da parte del professionista. Il compenso spettante è corrisposto previa attestazione, da parte del Responsabile dell'U. O. di Endoscopia Diagnostica e Operativa dell'Apparato Digerente del P.O. Businco, del regolare svolgimento dell'incarico nel periodo di riferimento. Nessun altro onere aggiuntivo è posto a carico di questa Azienda in aggiunta a quanto stabilito dal presente avviso.

## **Costituiscono requisiti di accesso alla procedura per il conferimento dell'incarico:**

### Requisiti generali:

- cittadinanza italiana o regolare permesso di soggiorno per i cittadini stranieri;
- 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 in Endoscopia digestiva;
- Iscrizione all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi

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

**03.06.2013**

Le domande potranno essere trasmesse attraverso una delle seguenti modalità di invio:

- **A mezzo del Servizio postale con raccomandata con avviso di ricevimento**, entro la data di scadenza. La data di spedizione della domanda è comprovata dal timbro dell'Ufficio Postale accettante. La domanda deve essere trasmessa al seguente indirizzo: Direttore generale della ASL di Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS.
- **Consegnata a mano**, entro la data di scadenza, presso l'Ufficio protocollo Generale dell'Azienda sito al piano terra della Sede Amministrativa dell'Azienda (Via Piero della Francesca 1 - SELARGIUS).
- **Per via telematica mediante Posta Elettronica Certificata (PEC)** – esclusivamente all'indirizzo [protocollo.generale@pec.aslcagliari.it](mailto:protocollo.generale@pec.aslcagliari.it) avendo cura di allegare tutta la documentazione in formato pdf in **un unico file** e di inviarla tramite la propria personale casella di PEC.

### **Alla domanda dovranno essere allegati:**

1. un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato, firmato e **autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.**
2. l'autocertificazione dei titoli posseduti,
3. la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità,
4. ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso, autocertificata ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

**I documenti allegati alla domanda devono essere presentati in conformità alle disposizioni della normativa vigente in materia di documenti amministrativi e pertanto essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal 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 (si vedano i fac-simile allegati al presente avviso):**

- 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 di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 d.p.r. 445/00).

Alle predette dichiarazioni sostitutive di atto notorio dovrà essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**Fatte salve le eccezioni di cui sopra, non saranno presi in considerazione titoli ed esperienze professionali non autocertificate ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.**

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante candidato 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:

• qualificazione professionale:	max 20 punti
• esperienze professionali già maturate nel settore di attività di riferimento e, in particolare: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ endoscopia digestiva, ivi compreso tutte le manovre operative endoscopiche e gestione delle complicanze</li><li>▪ esecuzione di 1.000 colonscopie delle quali almeno la metà operative</li><li>▪ esecuzione di 1.000 esofagogastroduodenoscopia (EGDS)</li></ul>	max 50 punti
• ulteriori elementi legati alla specificità dell'attività richiesta	max 20 punti

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta, potranno essere invitati a sostenere colloqui, esami, prove specifiche (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 ed al risultato di eventuali 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 – 6093218 / 3274.

Selargius, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE GENERALE  
dott. Emilio Simeone

**FAC SIMILE DI DOMANDA**

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 procedura selettiva in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica, di cui alla **delibera n. 844 in data 17.05.2013**, per il conferimento di un incarico di collaborazione Libero Professionale:

**Un Medico Chirurgo Specialista in Endoscopia Digestiva esperto nella gestione di tutte le problematiche ed eventuali complicanze dell'endoscopia digestiva**

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 d.p.r. 445 del 28.12.2000, dichiara:

- di essere cittadino \_\_\_\_\_ (specificare se italiano o di altro stato dell'Unione europea o di essere in possesso del permesso o carta di soggiorno);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate);
- **di essere in possesso del titolo di studio di Laurea in \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;**
- **di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;**
- **di essere iscritto all'Albo Professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;**
- di aver *ovvero* 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 vigente;

Ai sensi del d.lgs 196/03, di accordare 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.

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:

1. un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato, firmato e **autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.**
2. l'autocertificazione dei titoli posseduti,
3. la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità,
4. ....

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.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

*(Da utilizzare per dichiarare, ad esempio: 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.r. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

#### D I C H I A R A

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (specificare se triennale, quinquennale, specializzazione) e iscrizione ad albo professionale:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

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, 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.

data e firma

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

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

### D I C H I A R A

**1. L'esperienza professionale e lavorativa riportata nel curriculum professionale allegato**

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

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, 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.

Si allega documento d'identità.

data e firma

*(Da utilizzare per dichiarare che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi 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

Ai sensi degli artt. 19 e 47 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

#### D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che le copie fotostatiche dei seguenti documenti sono conformi all'originale di cui è in possesso: *(elencare i documenti che si sono allegati in fotocopia)*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

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, 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.

Si allega documento d'identità.

data e firma