Allegato alla delibera n° 1010 del 04/06/2013

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 MEDICINA D'URGENZA E D'ACCETTAZIONE DA DESTINARE AL P.O. MARINO (1 POSTO), AL P.O. SS.TRINITA' (1 POSTO) E AL P.O. SAN MARCELLINO (1 POSTO).

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: ***26 giugno 2013***

In esecuzione della deliberazione n°1010 del 04/06/2013 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 Medicina d'Urgenza e d'accettazione da destinare al P.O. Marino (**1 posto**), al P.O. SS.Trinità (**1 posto**) e 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 amministrazioni del SSN, 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 Cagliari – Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente 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 protocollo.generale@pec.aslcagliari.it **entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale**.

Si precisa che la validità dell'invio tramite Pec 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 sopraindicato.

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 i criteri di massima di seguito elencati:

- **Comprovata esperienza lavorativa di corsia in ambito clinico Medico e/o chirurgico.**

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

- **Comprovata esperienza lavorativa in strutture con OBI;**
- **Utilizzo delle sottoelencate metodiche, con l'indicazione, da parte del Responsabile, del numero di prestazioni eseguite in un anno:**

  < ecografia;

  < ventilazione non invasiva.
- **Comprovata partecipazione ai sottoelencati corsi di aggiornamento con il relativo possesso del brevetto di Istruttore:**

  < BLSD;

  < ALS;

  < ATLS;

  < PTC base e/o avanzato.

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'Amministrazione 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. 070/6093274.

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

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

pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Emilio Simeone)

FAC SIMILE DOMANDA

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

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 regionale ed interregionale indetta per la copertura di n°3 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina d'urgenza e d'accettazione da destinare al P.O. Marino (1 posto), al P.O. SS.Trinità (1 posto) e al P.O. San Marcellino (1 posto).

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 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
  - ❑ parziale, con percentuale lavorativa al ……% , per n°……..ore settimanali;

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

- ❑ 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;
- ❑ di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

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

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 (ulteriori lauree, 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 DPR445/00 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 €_____

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