

ALLEGATO A

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

La sottoscritta ANNA ROSA GALLUS nata a SELARGIUS, (Prov. CA), il 13/03/1961 residente in _____, 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 attualmente e con decorrenza dal 26/04/2007 in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale n° 8, in forza di contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, nel profilo professionale di DIRIGENTE MEDICO, nella disciplina di DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO (inquadramento professionale) ma con destinazione presso il Distretto nella disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, con rapporto esclusivo e che la prestazione è stata ed è svolta ☒ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) _____;

☒ di essere in possesso di un' anzianità di servizio nel profilo di Dirigente Medico di n° 5 anni, maturata come di seguito indicato (compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto il cambiamento anche di uno dei dati richiesti) :

1. dal 26/04/2007 al 03/12/2009 nella posizione di Dirigente Medico nella disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base presso il Distretto Sarrabus/Gerrei della ASL 8 Cagliari (specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN) con rapporto di lavoro ☒ di ruolo/ a tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) _____;

ALLEGATO A

2. dal 04/12/2009 a tutt'oggi nella posizione di Dirigente Medico nella disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di base presso il Distretto 2 Area Ovest dell'Asl 8 Cagliari (specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN) con rapporto di lavoro ☒ di ruolo/ a tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) _____;

3. ...

➤ che con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati non è mai stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio.

☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente

☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non è stato destituito o dispensato dall'impiego.

Di essere, pertanto, in possesso dell'anzianità di servizio richiesta per la partecipazione alla selezione pari a n° 5 anni.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'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, 23.04.2013

Il Dichiarante * *Anna Rosa Alfelli*

* 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.**

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI IN AZIENDE/ENTI DEL SSN

(DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

La sottoscritta ANNA ROSA GALLUS nata a SELARGIUS, (Prov. CA), il 13/03/1961 residente in SELARGIUS, VIA S. ANTONIO, 10, 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

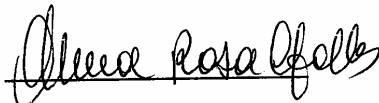
DICHIARA

☒ di non essere mai stato titolare di incarico.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'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, 23. 04. 2013

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.**

ALLEGATO F

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E DI FORMAZIONE. (DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.
La sottoscritta ANNA ROSA GALLUS nata/a a SELARGIUS, (Prov. CA), il 13/03/1961 residente in
09032, 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

DICHIARA

- Di aver effettuato i seguenti soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti strutture italiane o straniere (indicare, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza: denominazione completa della struttura, periodo di frequenza della stessa, finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	PERIODO DI FREQUENZA	FINALITÀ DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari ect. (specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.: l' organizzatore, il titolo, il luogo e le date di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo, ai corsi/seminari se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)
1	Asl 8 Cagliari	Cagliari 14/12/2007	"DAY Service- Linee Guida"	Discente	si
2	Asl 8 Cagliari	Cagliari 26/10/2007	"Dai sistemi di valutazione e classificazione un modello per la governance"	discente	si
3	Asl 8 Cagliari	Cagliari 10/12/2008	Un modello di governance sociosanitaria nel Territorio: Il Punto Unico di Accesso e la presa in carico della persona	discente	si
4	Asl 8 Cagliari	Cagliari 18/03/2009	"Il Risk management, il Patient Safety e la gestione del rischio clinico"	discente	si
5	Asl 8 Cagliari	Cagliari 08/04/2009	"Il risk management, il Patient Safety e la gestione del rischio clinico:aspetti legali e assicurativi"	discente	si

6	Asl 8 Cagliari	Cagliari 14/12/2010	"la comunicazione e il clima di lavoro nel Distretto 2 asl Cagliari"	discendente	SI
7	Asl 8 Cagliari	Cagliari 24/09/2010	"Orientamento dell'Accesso ai Servizi Sanitari per gli immigrati: l'esperienza del C.O.S.S.I. nella asl di Cagliari"	discendente	NO
8	Cittadinanza attiva - tribunale del malato di Cagliari	Cagliari 07/07/2011	"L'altra faccia dell'assistenza . il territorio"	discendente	SI
9	Asl 8 Cagliari	Cagliari 10/05/2011	"La presa in carico " a partire dal Punto unico di accesso	discendente	SI
10	Asl 8 Cagliari	Cagliari 22-23- 24/03/2011	Clima di lavoro, comunicazione e lavoro d'equipe	discendente	SI
11	Asl 8 Cagliari	Castiadas 24 e 25 /11/2011	"L'integrazione sociosanitaria nelle cure domiciliari"	discendente	SI
12	Institute of Language di Cagliari	Cagliari da. 02/12/1997 al 18/12/1999	Corso di Lingua Inglese	discendente	SI
13	Centro regionale di Formazione Professionale	Cagliari 04/11/1996 al 06/12/1996	Corso n° 950250 di Specializzazione in "Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro" per medici ed Ingegneri (n° 100 ore)	discendente	NO

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'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, 23.04.2013 Il Dichiarante * Anna Restedella
 * 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.

ALLEGATO L

DICHIARAZIONE

RELATIVA ALLA TIPOLOGIA QUALI QUANTITATIVA DELLE PRESTAZIONI SVOLTE

La sottoscritta Dott.ssa ANNA ROSA GALLUS nata a Selargius, (Prov. CA), il 13/03/1961, residente in



D I C H I A R A

1. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo dal 26/04/2007 al 03/12/2009 presso la struttura operativa Distretto di Muravera: Poliambulatorio di Muravera (c/o presidio San Marcellino), San Nicolò Gerrei e Villasimius della ASL 8 CAGLIARI sono le seguenti:
tutte le attività di assistenza sanitaria di base che il Distretto Socio-Sanitario deve garantire per la presa in carico globale della persona: Cure Primarie, Assistenza specialistica Ambulatoriale, Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Integrativa e Protesica, Valutazioni Complesse e Multidimensionali dei Bisogni in Unità di valutazione territoriale per inserimento in R:S:A e per il progetto "Ritornare a Casa", C.U.P. , esenzioni per patologia. Anagrafe Sanitaria.
2. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo dal 04/12/2009 al 03/09/2012 presso la struttura operativa Distretto 2 Area Ovest -Assemini, della Asl 8 Cagliari sono le seguenti: Cure Primarie in particolare Assistenza Integrativa e Protesica, Cure Domiciliari Integrate;
3. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo dal 04/09/2012/ a tutt'oggi presso la struttura operativa Casa della salute di Pula, Poliambulatorio di Siliqua e Teulada del Distretto 2 Area Ovest, della ASL 8 CAGLIARI sono le seguenti:
referente dell'Assistenza Domiciliare Programmata per i Medici di Medicina Generale dell'ambito di Pula Teulada e Siliqua e figura di riferimento per le problematiche sanitarie

locali organizzative dei Poliambulatori di Pula, Teulada e Siliqua in base alla disposizione di servizio 4350 del 04/09/2012.

4. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo da 01/01/2010 a tutt'oggi presso la struttura operativa di Medicina legale del Distretto Sarrabus /Gerrei della ASL 8 Cagliari sono le seguenti:
collaborazione per ricoprire i Turni di reperibilità per la Medicina Necroscopica (ex art 4 D.P.R. 285/909 e malattie infettive in questo territorio;
5. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante dal 08/04/2009 presso la Asl 8 Cagliari è la seguente: con delibera n. 506 dell'08/04/2009 la scrivente è stata nominata componente titolare del Comitato Aziendale permanente per la Pediatria di Libera Scelta ex art. 23 Acn del 15/12/2005;
6. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante dal 08/04/2009 presso la Asl 8 Cagliari è la seguente: con deliberazione n. 555 del 10/05/2011 la scrivente è stata nominata come componente supplente del Comitato Consultivo Zonale specialistica ambulatoriale Provincia di Cagliari.

Cagliari, 23.04.2013

Il Dichiarante * 