

Allegato alla delibera n. 670 del 29 maggio 2015

ALLEGATO "A"

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI PEDIATRIA DA DESTINARE ALLA SEZIONE "NIDO" DELLA S.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DEL P.O. SS.TRINITA' (1 POSTO) E ALLE STRUTTURE AZIENDALI DELLA ASL CAGLIARI (1 POSTO).

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 08/07/2015

In esecuzione della deliberazione n.670 del 29/05/15 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. 2 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Pediatria da destinare alla sezione "Nido" della **S.C. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. SS.Trinità (1 posto) e alle Strutture Aziendali della ASL Cagliari (1 posto).**

Requisiti di ammissione alla procedura in oggetto:

- 1) Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre Amministrazioni del SSN, e che siano inquadrati nel profilo professionale di Dirigente Medico nella disciplina di Pediatria;
- 2) superamento del periodo di prova (6 mesi);
- 3) iscrizione all'Albo Professione dell'Ordine dei Medici;

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 trentesimo 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 Commissario Straordinario, 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

Allegato alla delibera n. 670 del 29 maggio 2015

Enti di appartenenza.

Nell'ambito dell'esame dei titoli e curricula professionali dei partecipanti, verranno valutati i requisiti professionali e le competenze professionali di seguito elencate:

Requisiti e competenze professionali richiesti per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico Pediatra da destinare al "Nido" del P.O. SS.Trinità:

- **Comprovata esperienza nel campo della rianimazione cardiorespiratoria in sala parto;**
- **Comprovata competenza nella stabilizzazione del neonato critico;**
- **Comprovata esperienza di terapia intensiva neonatale;**
- **Comprovata competenza nella attività di sostegno e incentivazione dell'allattamento al seno, sostegno del primo contatto madre-bambino e rooming-in;**
- **Comprovata esperienza nell'attività di assistenza al neonato sano;**
- **Conoscenze in ambito di Risk-Management.**

Requisiti e competenze professionali richiesti per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico Pediatra da destinare alle Strutture Aziendali della Asl Cagliari:

- **Comprovata esperienza nella attività di prevenzione, assistenza e cura di pazienti in età pediatrica;**
- **Comprovata esperienza nella predisposizione di bilanci di salute;**
- **Comprovata competenza nella programmazione di piani di screening e nella predisposizione di prescrizioni diagnostiche/terapeutiche.**

Il Commissario Straordinario, 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; pertanto eventuali ferie arretrate andranno fruita prima della data fissata per il trasferimento.

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.

Allegato alla delibera n. 670 del 29 maggio 2015

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 Funzionario responsabile del procedimento, Dott.ssa Alessandra Cauli, presso il Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/6093274.

Il Commissario Straordinario 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 Commissario Straordinario
(Dott.ssa Savina Ortu)

FAC SIMILE DOMANDA

Al Commissario Straordinario
ASL di Cagliari
- Servizio del Personale -
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 procedura di Mobilità regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto del SSN, indetta per la copertura di n. 2 posti di Dirigente Medico nella disciplina di Pediatria da destinare alla sezione "Nido" della S.C. di Ginecologia ed Ostetricia del P.O. SS.Trinità (1 posto) e alle Strutture Aziendali della ASL Cagliari (1 posto) - (barrare la Struttura interessata):

- n. 1 posto di Dirigente Medico Pediatra per il "Nido" del P.O. SS. Trinità.
- n. 1 posto di Dirigente Medico Pediatra per le Strutture Aziendali Asl Cagliari.

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 Amministrazionecon 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

Allegato alla delibera n. 670 del 29 maggio 2015

prova;

- di prestare servizio presso: Struttura/P.O./Servizio..... di.....;
- di essere attualmente titolare di incarico diconferitomi 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;
- di avere effettuato negli ultimi tre anni n°..... giorni di malattia;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
 - Sì (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)
 - Sì
 - 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

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 (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, 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 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 € _____