ASLCagliari

609
14 MAG. 2014

SCADENZA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

AVVISO DI SELEZIONE

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. _____del _____, ai sensi del DPR n. 483/97, è indetta selezione pubblica, per soli titoli, la copertura di posti di:

- **Dirigente Medico nella disciplina di Malattie dell'Apparato Respiratorio**

ART. 1
REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE

Possono partecipare alla selezione coloro che, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione della domanda, siano in possesso dei requisiti di ammissione di seguito elencati :

REQUISITI GENERALI

a) cittadinanza italiana, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea:
b) possono partecipare anche i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria (art. 38, commi 1 e 3-bis del D.Lgs. n. 165/01D.Lgs. n. 165/01, come modificato dall'art. 7 comma 1, L. 06/08/13).
   I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e degli altri Stati devono possedere i seguenti requisiti:
   1. godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;
   2. essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica Italiana;
   3. avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
c) godimento dei diritti civili e politici; non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
d) non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o dichiarati decaduti da un pubblico impiego ovvero licenziati;
e) assenza di condanne penali che comportino l'interdizione dai pubblici uffici o di condanne che, se intercorse in costanza di rapporto di lavoro, possano determinare il licenziamento ai sensi di quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di riferimento e dalla normativa vigente;
f) aver assolto agli obblighi di leva *(per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);*

REQUISITI SPECIFICI

Ai sensi degli artt. 24, 56 del DPR 483/97 e art.8, punto 1 - lettera *b)* del D.lgs n. 254 del 28.07.2000 sono requisiti specifici di ammissione il possesso di:

1. Laurea magistrale in medicina e chirurgia (LM41) o titolo equipollente o titolo equiparato ai sensi del DM 9/07/2009 del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;
2. iscrizione all'albo dell'ordine dei medici;
3. specializzazione nella disciplina a selezione *ovvero* in disciplina riconosciuta equipollente ai sensi della normativa regolamentare concernente i requisiti d'accesso al 2° livello dirigenziale del personale del SSN contenuta nel D. M. Sanità 30.01.98 *ovvero* in disciplina riconosciuta affine dal D.M. Sanità 31.01.98. Ai sensi dell'art.56, c.2 del citato DPR i dirigenti medici, in servizio di ruolo alla data di entrata in vigore del DPR 483/97, sono esentati dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo ricoperto alla predetta data.
   (Nella certificazione relativa alla specializzazione deve essere indicato:
   - la data di immatricolazione (indicare gg, mese, anno);

- la durata il luogo e la data del conseguimento.)

L'esercizio delle professioni sanitarie è consentito anche a chi abbia conseguito all'estero i titoli di studio e di abilitazione previsti, previo riconoscimento da parte del Ministero della Salute.

ART.2
ESCLUSIONI

Costituiscono causa di esclusione dalla presente selezione:
- il mancato possesso di uno o più dei requisiti di cui all'art. 1 del presente avviso;
- la mancata sottoscrizione autografa della domanda di partecipazione;
- il mancato rispetto del termine di scadenza indicato all'art. 3 del presente avviso;
- il mancato rispetto delle modalità per l'invio e la compilazione della domanda di partecipazione;
- la presentazione di dichiarazioni false o mendaci.

L'esclusione dalla selezione è disposta con provvedimento motivato dal Direttore Generale della ASL Cagliari ed è notificata agli interessati entro trenta giorni dall'esecutività della relativa decisione.

ART.3
PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Ai fini dell'ammissione alla selezione, il candidato deve presentare domanda di ammissione, datata e firmata, utilizzando esclusivamente lo schema di domanda allegato al presente bando, e compilando lo stesso in ogni sua parte.
Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000 la sottoscrizione delle domande di partecipazione alla presente procedura selettiva non è soggetta ad autenticazione.
Nella domanda di partecipazione devono essere obbligatoriamente indicati i sottoelencati elementi:
- il cognome e il nome;
- la data e il luogo di nascita;
- codice fiscale;
- la residenza (con l'esatta indicazione del numero di codice di avviamento postale e l'eventuale numero telefonico);
- indirizzo email;
- indirizzo PEC (se posseduta);
- possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni previste dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno degli stati membri dell'Unione Europea di cui all'art. 1 del presente bando;
- il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le condanne penali anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione nel certificato generale del Casellario Giudiziale);
- posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- il possesso dei requisiti specifici di ammissione di cui all'art. 1;
- gli eventuali servizi prestati alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- che nei precedenti rapporti di lavoro con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente;
- i titoli che danno diritto ad usufruire della preferenza all'assunzione (art. 5 comma 4 D.P.R. 487/94);
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta pervenire ogni necessaria comunicazione e l'impegno a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.
  Nel caso in cui si indichi il proprio indirizzo PEC quale domicilio eletto, ogni comunicazione afferente al concorso verrà trasmessa al candidato al predetto indirizzo PEC, In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto del presente articolo;
- se cittadini degli Stati membri dell'unione europea, di avere adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici anche negli stati di provenienza ovvero i motivi del mancato godimento e di essere in possesso, fatta salva la titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini italiani;

- ai sensi del D.Lgs. 196/03, di accordare il consenso affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

ART. 4
INVIO DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice e utilizzando il fac-simile allegato al presente bando, dovranno essere inviate al Direttore Generale della ASL di Cagliari - Servizio del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu – 09047 Selargius (Ca), esclusivamente con una delle seguenti modalità:

- a mezzo Raccomandata postale con avviso di ricevimento. A tal fine farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante. Ogni raccomandata non potrà contenere più di una domanda.
- mediante Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) all'indirizzo: protocollo.generale@pec.aslcagliari.it . Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di posta elettronica certificata (PEC); non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale. Si prega inoltre di inviare la domanda, debitamente sottoscritta pena esclusione, e gli allegati in formato PDF, inserendo il tutto, ove possibile, in un unico file.

Il termine per la presentazione delle domande scadrà il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso di selezione sul sito internet aziendale www.aslcagliari.it Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.
L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, nè per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

ART. 5
TASSA DI AMMISSIONE

I candidati dovranno allegare alla domanda l'originale della ricevuta attestante il versamento della tassa di ammissione di Euro 7,50 (setteeuro/50) da effettuarsi su c.c.p. n. 21780093 intestato all'Azienda U.S.L. n. 8 - Cagliari - Servizio Tesoreria - nella quale andrà specificata quale causale del versamento: Selezione Pubblica, per soli titoli, per la copertura di posti di Dirigente Medico – disciplina _____.

ART. 6
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione alla selezione deve essere allegato quanto di seguito riportato:

1. originale della quietanza o ricevuta di versamento della tassa di ammissione di cui all'art.5;
2. tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà, i cui fac-simili sono allegati al presente avviso, (moduli da A a H) relative al possesso dei titoli che il candidato ritenga opportuno far valere ai fini della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
3. curriculum formativo e professionale datato e firmato (vedi nota 1);
4. elenco numerato di proprie pubblicazioni edite a stampa e copia delle stesse;
5. fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un documento d'identità valido;
6. elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato.

(nota 1) Saranno oggetto di valutazione esclusivamente le attestazioni contenute nelle dichiarazioni sostitutive allegate alla domanda di partecipazione (moduli A-H). Nel curriculum vitae, pertanto, è sufficiente una sintetica indicazione del proprio percorso formativo e professionale.

ART. 7
AUTOCERTIFICAZIONE OBBLIGATORIA DEI TITOLI

Il candidato, deve attestare i propri titoli utilizzando i moduli di autocertificazione allegati in fac-simile al presente avviso, così come prevede l'art. 35, comma 2 del D.lgs n. 33 del 2013 che ne richiede il loro esclusivo utilizzo, laddove pubblicati.
I predetti moduli, predisposti ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, artt. 46 e 47, sostituiscono integralmente qualsiasi certificazione, titolo, attestato o altra documentazione che il candidato intende presentare in allegato alla domanda di partecipazione.
Nel caso in cui, per il numero di elementi da auto-certificare, non fosse sufficiente lo spazio predisposto in un modulo, il candidato può sostituire il modulo stesso con una propria dichiarazione redatta comunque ai sensi del DPR 445/2000 – artt. 46 e 47, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi contenuti nel modulo.
L'Amministrazione non può accettare certificati in originale o in copia, rilasciati da altre PP.AA. (art. 40, commi 1 e 2 DPR n. 445/2000).
La corretta e completa compilazione delle dichiarazioni sostitutive, secondo i fac-simili allegati al presente bando, consente di disporre di tutte le informazioni utili, rispettivamente per la verifica del possesso dei requisiti di partecipazione e per la successiva valutazione dei titoli.
Si informano pertanto i candidati che non saranno prese in considerazione dichiarazioni sostitutive generiche o incomplete. L'interessato è tenuto a specificare, quindi, con esattezza tutti gli elementi e i dati necessari per una corretta valutazione.
Le dichiarazioni devono essere rilasciate una sola volta, senza ripetizioni: gli aspiranti sono tenuti ad attenersi scrupolosamente alla presente disposizione.

TIPOLOGIA DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Attività di servizio:

Per dichiarare il servizio prestato, il candidato dovrà utilizzare la Dichiarazione sostitutiva di atto notorio , (vedasi fac-simili allegati - modulo A e C)) riferibili a differenti tipologie di rapporto:

- dipendente (a tempo determinato o indeterminato)
- autonomo (libero professionale, co.co.co, co.pro. consultente etc);
  Si precisa che la generica indicazione di rapporto a "Tempo determinato" non è esaustiva al fine dell'individuazione della natura/tipologia del rapporto di lavoro e quindi della corretta valutazione del titolo, pertanto nella dichiarazione deve essere sempre specificato se trattasi di *rapporto di dipendenza* (o subordinato che potrà essere a tempo determinato o indeterminato) , o di *rapporto di lavoro autonomo* che potrà essere di tipo libero professionale, co.co.co, co.pro., consulente etc.
- *struttura*, specificare se pubblica o privata;
- *profilo* professionale e la disciplina di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico;
- *date* di inizio e di fine (gg/m/a) dei relativi periodi di attività (da indicare sempre); gli orari settimanali sono da indicare solo se il rapporto è di dipendenza;
- relativamente ai servizi prestati con rapporto di dipendenza specificare se trattasi di rapporto di lavoro a tempo pieno *ovvero* a part-time e, in quest'ultimo caso, specificare il numero delle ore di lavoro svolte nel corso della settimana. Nel caso non venisse specificato quanto sopra si procederà, comunque, all'attribuzione di un punteggio minimo (12h/sett).
- *eventuali interruzioni* (aspettative, sospensione etc.)

Il servizio prestato in regime di convenzione dagli specialisti ambulatoriali, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi potrà essere dichiarato utilizzando la dichiarazione atto notorio allegata (vedi fac-simile - modulo B pagina 1 e 2), è sarà valutato con riferimento all'orario svolto, che verrà rapportato percentualmente a quello della dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale (38 ore settimanali),

Titoli accademici e di studio:

Per dichiarare ulteriori titoli accademici e di studio, oltre a quelli richiesti per l'ammissione (Laurea e specializzazione) già dichiarati nella domanda di partecipazione alla selezione, il candidato dovrà utilizzare la dichiarazione sostitutiva di certificazione (vedi fac-simile – modulo F)

Pubblicazioni:

Le pubblicazioni devono essere allegate alla domanda di partecipazione al concorso pena la mancata valutazione delle stesse; devono essere edite a stampa e devono essere comunque presentate evidenziando il proprio nome e apparire in apposito elenco numerato progressivamente .
In quest'ultimo caso il candidato, dovrà utilizzare la dichiarazione di atto notorio ai sensi degli art. 47 del DPR 445/00 (vedi fac simile, Modulo H), nel quale dovrà dichiarare che la copia fotostatica del lavoro è conforme all'originale.

Attività di formazione e aggiornamento:

Il candidato può autocertificare, non allegando alcun attestato di partecipazione, con Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (vedi fac- simile, modulo E) il possesso degli attestati di partecipazione all'attività formativa, elencando per ciascun evento tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi, in particolare:

- tipologia dell'evento (indicare se corso, congresso, seminario etc);
- titolo dell'evento;
- in qualità di (relatore/ partecipante)
- ente organizzatore
- attività formativa effettuata con modalita' ECM;
- data
- per complessivi giorni
- per complessive ore
- esame/test finale

In alternativa allegando le fotocopie degli attestati (uno per foglio) con Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio, (vedi fac- simile, modulo H) il candidato potrà dichiarare che le fotocopie degli attestati di partecipazione all' attività formativa, che allega alla domanda di partecipazione alla selezione, sono conformi agli originali in suo possesso.
Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

ART.8
PUNTEGGI E GRADUATORIA

Le norme generali per la valutazione dei titoli sono quelle previste dal DPR 483/97.
I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:
titoli di carriera: punti 10; titoli accademici e di studio: punti 3; pubblicazioni e titoli scientifici: punti 3; curriculum formativo e professionale: punti 4.

Per la valutazione dei titoli di carriera, dei titoli accademici e di studio, delle pubblicazioni e titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale, ci si atterrà ai principi stabiliti dall'art. 11 e 27 del DPR 483/97 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del SSN), dal DPR 445/00 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa), nonché dai criteri generali stabiliti dal presente bando di selezione.

VALUTAZIONE DEL SERVIZIO PRESTATO ALL'ESTERO O PRESSO ORGANISMI INTERNAZIONALI (ART. 23 DEL DPR 483/97)

Il servizio prestato all'estero dai cittadini degli stati membro dell' Unione Europea nelle istituzioni e fondazioni sanitarie pubbliche e private senza scopo di lucro, sarà equiparabile a quello prestato dal personale del ruolo sanitario e valutato con i punteggi previsti per il corrispondente servizio di ruolo prestato nel territorio nazionale, se riconosciuto ai sensi della legge 10 luglio 1960 n. 735
Detto riconoscimento potrà essere richiesto e quindi rilasciato:

- dal Ministero della salute, per i cittadini che risiedono in una regione a Statuto speciale, in una Provincia Autonoma (escluso la Regione Autonoma Valle d'Aosta) o all'estero (iscrizione albo AIRE).
- alla Regione di residenza, per coloro che risiedono nelle regioni a Statuto ordinario(D.Lgs.n.112/1998).

Con le medesime modalità, ai fini della valutazione del titolo, dovrà essere richiesto il riconoscimento del servizio prestato presso organismi internazionali.
Infine, così come stabilito all'art.8 comma 2) del DPR 483/97 si riportano, di seguito, i titoli valutabili ed i punteggi massimi agli stessi attribuibili singolarmente e per categoria di titoli.

TITOLI DI CARRIERA (MAX PUNTI 10)

Nella valutazione dei titoli di carriera saranno applicate le disposizioni contenute nell'art. 27 punto 4 del DPR 483/97 (fac simile – modulo A).

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (max punti 3)

Nella valutazione dei titoli accademici e di studio saranno applicate le disposizioni contenute nell'art. 27 comma 5 del DPR 483/97; saranno inoltre valutati i seguenti ulteriori titoli, attinenti la posizione da conferire (fac simile – modulo F):

- Master Universitario di primo livello punti 0.300
- Master Universitario di secondo livello punti 0.400
- Titolo di Dottore di ricerca punti 0.600

Il Diploma di specializzazione richiesto quale requisito di accesso al concorso verrà valutato secondo quanto indicato all'art. 27 comma 7 del DPR 483/97.

PUBBLICAZIONI (max punti 3)

A ciascuna pubblicazione potrà essere attribuito, in relazione alle peculiarità della stessa, uno dei punteggi massimi sotto elencati (fac simile – modulo H):

Esposizione di dati e casistiche NON adeguatamente avvalorate ed interpretate	PUNTI 0,050
Lavori a contenuto solamente compilativo/divulgativo	PUNTI 0,050
Esposizione di dati e casistiche adeguatamente avvalorate ed interpretat	PUNTI 0,100
Lavori a contenuto attesti originalità della produzione Scientifica	PUNTI 0,250
Monografie di alta originalità	PUNTI 0,500

I punteggi di cui sopra potranno essere incrementati del 20% in più in relazione alla rilevanza della rivista su cui è avvenuta la pubblicazione, al carattere più o meno continuativo dell'attività di pubblicazione e all'attualità della stessa.

CURRICULUM (max punti 4)

Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie (carriera, titoli accademici di studio) idonee ad evidenziare ulteriormente il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera, nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici.

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Medico interno o Medico volontario presso struttura pubblica (fac simile – modulo G)	0.200 per anno
Contratto di lavoro autonomo presso struttura pubblica (fac simile – modulo C)	0,700 per anno
Contratto di lavoro autonomo presso struttura privata (se attività professionale presso proprio ambulatorio/studio privato riduzione del 25%) (fac simile – modulo C)	0,500 per anno
Contratto occasionale (saltuario, carattere episodico) (fac simile – modulo C)	Valutazione pari ad un massimo del 25% rispetto ai precedenti punteggio
Rapporto di dipendenza a tempo determinato o indeterminato presso struttura privata (saranno valutati con riferimento all'orario settimanale svolto da rapportare percentualmente a quello della dirigenza del SSN (38 ore settimanali): (fac simile – modulo A)	0,600 per anno
Attività prestata in disciplina affine o altra disciplina	Riduzione rispettivamente del 25% e del 50%

I periodi di attività svolti con la stessa o similare tipologia di contratto, se temporalmente coincidenti, verranno valutati fino ad un massimo di due.

ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE

Convegni, congressi, seminari, sino a 3 giorni	0,010
Convegni, congressi, seminari, superiore ai 3 giorni	0,020
Attività di aggiornamento in qualità di relatore	0,050
Corsi di aggiornamento sino a 3 giorni	0,020
Corsi di aggiornamento superiori ai 3 giorni	0,040
Corsi di aggiornamento superiori al mese e sino a 3 mesi	0,060
Corsi di aggiornamento superiore 3 mesi	0,080
Corsi di perfezionamento/specializzazione	0,100
Corsi di aggiornamento con ECM o con esame finale	Più 10% dei punteggi sopraindicati
Master non universitario di I livello	0,150
Master non universitario di II livello	0,200
Attestati di frequenza Università Straniere (valutato se successivo conseguimento titolo accademico e di studio)	0,100
Attività di aggiornamento non strettamente attinente alla disciplina a concorso	valutata con i punteggi di cui sopra ridotti del 50%.

ATTIVITA' DIDATTICA

Incarichi insegnamento ad incarico/materia attinenti ((fac simile – modulo D):

Attività di docenze in Scuole a carattere universitario o istituti a carattere scientifico	0,100 a corso
Attività di docenze in Istituti pubblici o scuole professionali del SSN	0,050 a corso
Attività di docenze in insegnamento in corsi di formazione privati	fino a 20 ore = 0,015 oltre 20 ore = 0,030
Attività di cui ai precedenti punti in qualità di Tutor	riduzione del 50%

ALTRI TITOLI
(fac simile – modulo G)

- Borse di studio (senza conseguimento eventuale titolo) presso strutture pubbliche o private (specificare tipologia e la durata): per anno punti 0.120

- Attività di ricerca (se non specificata diversa tipologia del rapporto - es. libero prof.le etc.) effettuata presso strutture pubbliche o private per anno punti 0.200

L'Attività non strettamente attinente alla disciplina a concorso sarà valutata con i punteggi di cui sopra ridotti del 50%.

Art. 9
CONFERIMENTO DEI POSTI

Ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro a tempo determinato, i candidati collocati utilmente in graduatoria saranno invitati dall'ASL di Cagliari a presentarsi, nel termine che si provvederà ad assegnare e a pena di decadenza dei diritti conseguenti alla partecipazione alla selezione stessa, fatti salvi giustificati motivi. Scaduto inutilmente il termine assegnato la l'ASL di Cagliari comunicherà di non dar luogo alla stipulazione del contratto.
L'ASL di Cagliari provvederà all'accertamento dell'idoneità fisica alla mansione specifica secondo quanto stabilito dall'art. 26 del D.Lgs n. 106 del 03/08/09.
L'ASL di Cagliari, verificata la sussistenza dei requisiti, procede alla stipula del contratto nel quale sarà indicata la data della presa di servizio. Gli effetti economici decorrono dalla data effettiva di presa del servizio.
Decade dall'impiego chi abbia conseguito l'assunzione mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile. L'Azienda, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/00 procederà a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

La graduatoria finale sarà formulata secondo l'ordine dei punti complessivamente riportati da ciascun candidato con l'osservanza in materia di preferenza, a parità di punti, di quanto previsto dal DPR 9/05/94 n. 487.
La graduatoria finale per soli titoli è approvata dal Direttore Generale della ASL Cagliari ed ha validità triennale. La graduatoria è utilizzata secondo l'ordine della stessa fino al reperimento delle unità necessarie a partire, la prima volta, dalla posizione iniziale e le ulteriori volte dalla posizione successiva a quella del candidato per ultimo assunto. Qualora utilizzata per intero la graduatoria è scorsa nuovamente dall'inizio. Al solo fine delle assegnazioni di sede, il candidato che abbia comunicato la propria disponibilità all'assunzione potrà essere convocato per un colloquio in seguito al quale l'Azienda individuerà la sede lavorativa ritenuta più idonea per il candidato.
In pendenza di un rapporto di lavoro a tempo determinato instaurato con la ASL Cagliari ai candidati non può essere offerta altra assunzione a termine qualora la scadenza naturale del contratto cada oltre il termine di sessanta giorni dalla data in cui debba procedersi alla richiesta di disponibilità mediante telegramma; gli stessi mantengono, comunque, la posizione acquisita e sono nuovamente interpellati solo nel caso in cui la graduatoria, già utilizzata per intero, venga ancora scorsa fino alla posizione da essi occupata; la mancata risposta entro i termini indicati con telegramma equivale a rinuncia tacita all'assunzione.

ART. 10
TUTELA DELLA PRIVACY

Al fine di dar esecuzione alla procedura selettiva, sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale. Tali dati sono finalizzati a consentire lo svolgimento della procedura selettiva, ad attribuire ai candidati i punteggi spettanti per i titoli e formulare la graduatoria. Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. Il D.Lgs 196/03 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati personali. Qualora il candidato non sia disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesta dal presente bando, non si potrà dar luogo al processo selettivo nei suoi confronti.

ART. 11
NORMA FINALE DI RINVIO

Per quanto non previsto nel presente bando, oltre al DPR 483/97, per quanto compatibili, si fa riferimento al D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, al D.P.R. 487/94 e successive modificazioni, al D.Lgs. 165/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, alle norme contenute nel DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, alle norme di cui al D.Lgs 198/06 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", alle norme contrattuali in vigore per l'Area della dirigenza medica e veterinaria, ed il D.Lgs. n. 33/2013.
Il Direttore Generale della ASL di Cagliari si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente bando di selezione in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta. Ogni ulteriore informazione o copia del bando potranno essere richieste al Servizio del Personale, Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu – 09047 Selargius (CA). o sul sito www.asl8cagliari.it.
Responsabile del procedimento : Dr.ssa Alessandra Cauli email: alessandracauli@aslcagliari.it telefono 070/6093274.

IL Direttore Generale
(Dott. Emilio Simeone)

Al Direttore Generale
ASL CAGLIARI
Servizio del Personale
Via Piero della Francesca, 1
Località Su Planu
09047 Selargius – Cagliari

__l__ sottoscritt_ _____,

nat__ a _____ (Prov._____) il _____,

Codice fiscale _____residente in _____

(CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la procedura concorsuale in _____ (CAP_____), Via _____, n. _____ - Tel. _____, indirizzo email_____

indirizzo PEC_____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. -- posti di Dirigente Medico – disciplina _____

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 DPR 445/00, e a pena di esclusione

DICHIARA

(barrare la casella interessata)

☐ di essere cittadino italiano;

☐ di essere cittadino di uno dei Paesi dell'Unione Europea ed in specie _____ e di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o di provenienza; di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura concorsuale conseguiti all'estero.

☐ di essere cittadino straniero che si trova in una delle condizioni di cui all'art. 38 D.lgs. 165/01 e all'art. 1, punto 1, del bando (allegare documentazione in copia conforme all'originale utilizzando il modello di dichiarazione sostituiva di atto notorio di cui al fac-simile modulo H)

- ☐ familiare di cittadino membro della UE, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- ☐ cittadino di Paese terzo che sia titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- ☐ titolare dello status di rifugiato;
- ☐ titolare dello status di protezione sussidiaria.

☐ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ o non essere iscritto per i seguenti motivi _____;

☐ di non aver riportato condanne penali. *(in caso contrario indicare le condanne penali anche qualora sia intervenuta l'estinzione della pena o sia stato concesso il perdono giudiziale, la sospensione condizionale della pena, o sia stato accordato il beneficio della non menzione nel certificato generale del Casellario Giudiziale. Nel caso in cui il candidato non si trovi nelle predette situazioni dovrà dichiarare espressamente l'assenza di condanne)*_____

☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali *(in caso contrario indicare i procedimenti penali)*_____

☐ di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione: *(barrare la casella che interessata)*

☐ esonerato;

☐ obbligo assolto, (come da foglio matricolare dello stato di servizio):
di aver prestato servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/
grado/qualifica_____
presso _____
Arma o corpo_____

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____conseguito presso l'Università degli studi di _____ in data /___/___/___/

☐ di essere iscritto all'Albo professionale _____ della provincia di _____dal /___/___/___/;

☐ di essere in possesso della specializzazione in _____ data di immatricolazione/___/___/___/ durata _____ anni e data conseguimento /___/___/___/

☐ *ovvero* di essere esentat__ dal possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso o in disciplina alla stessa equipollente o affine in quanto in servizio di ruolo nella disciplina a concorso alla data di entrata in vigore del DPR 483/97 presso la seguente Azienda USL o Ospedaliera _____;

☐ 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;

☐ di aver diritto di preferenza alla collocazione in graduatoria, a parità di punteggio,alle vigenti norme di leggi e regolamenti in quanto _____;

☐ Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinchè 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/PEC sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA _____ FIRMA _____

Si allegano:

- originale della quietanza o ricevuta di versamento della tassa di ammissione di cui all'art.5;
- tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà (fac-simili moduli da A a H ;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco numerato di proprie pubblicazioni edite a stampa e copia delle stesse;
- fotocopia non autenticata ed in carta semplice di un documento d'identità valido;
- elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato.

MODULO A

Per dichiarare **i Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA**
presso strutture pubbliche o private (ricordare indicare orario di lavoro settimanale)

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 art. 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/ (specificare gg/mm/aa/) in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso_____ _____ (specificare denominazione ente/sede) - struttura: □ pubblica □ privata - con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/ (specificare gg/mm/aa/) in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso_____ _____ (specificare denominazione ente/sede) - struttura: □ pubblica □ privata - con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ore ;

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati .

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 l'Azienda Usl 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 _____

Per dichiarare servizi prestati in regime convenzionale
(guardia medica /continuità assistenziale /specialista ambulatoriale/medicina generale)

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 art. 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1) La seguente attività prestata come medico di guardia medica/continuità assistenziale:

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico di guardia medica/continuità assistenziale presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ovvero dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

2) La seguente attività prestata come medico specialista ambulatoriale :

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico specialista ambulatoriale nella branca _____ presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ;*ovvero* dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico specialista ambulatoriale nella branca _____ presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ;*ovvero* dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità medico specialista ambulatoriale nella branca _____ presso (ente/struttura)_____ per un totale di ore_____ ; *ovvero* dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/) per n.____ore/settimanali

3) La seguente attività prestata come medico di medicina generale - medicina dei servizi

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico di Medicina Generale, presso (ente/struttura) _____ dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/)

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico di Medicina Generale, presso (ente/struttura) _____ dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/)

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico di Medicina Generale, presso (ente/struttura) _____ dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/)

□ di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di medico di Medicina Generale, presso (ente/struttura) _____ dal /__/__/__/ al /__/__/__/ (specificare gg/mm/aa/)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati.

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 l'Azienda Usl 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 _____

ALLEGATO C

Per dichiarare i servizi prestati con rapporto di lavoro autonomo:
libero professionale /co.co.co / co.pro, consulente etc. presso strutture pubbliche o private:

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 art. 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/ (specificare gg/mm/aa/) in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: □ **pubblica** □ **privata** (denominazione ente/struttura) _____ con rapporto di lavoro autonomo:
□ libero professionale , □ co.co.co,
□ consulente □ altro (specificare) _____

di prestare (o aver prestato) servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/ (specificare gg/mm/aa/) in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: □ **pubblica** □ **privata** (denominazione ente/struttura) _____ con rapporto di lavoro autonomo:
□ libero professionale , □ co.co.co,
□ consulente □ altro (specificare) _____

di prestare (o aver prestato) servizio dal /___/___/___/ al /___/___/___/ (specificare gg/mm/aa/) in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: □ **pubblica** □ **privata** (denominazione ente/struttura) _____ con rapporto di lavoro autonomo:
□ libero professionale , □ co.co.co,
□ consulente □ altro (specificare) _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati.

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 l'Azienda Usl 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 _____

ALLEGATO D

Per dichiarare attività didattica:

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 art. 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) Scuole universitarie o istituti scientifici:

Anno accademico	**Ente / Istituto**	**Materia**	**Docente o tutor**

2) Istituti pubblici e/o scuole professionali del SSN:

Anno accademico	**Ente / Istituto**	**Materia**	**Docente o tutor**

3) Corsi di formazione privati:

Ente / Istituto	**Corso**	**Materia**	**Ore**	**Docente o tutor**

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati .

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 l'Azienda Usl 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 _____

ALLEGATO E

Per dichiarare attività di aggiornamento e formazione:

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445/2000 art. 46)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di aver partecipato alla seguente attività di formazione ed aggiornamento e di essere in possesso dei relativi attestati:

Tipologia evento (specificare)	□ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO □ EVENTO FORMATIVO □ _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	□ RELATORE □ PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
data	
Durata	Giorni_____ ore_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si □ - no □
Specificare se con test o esame finale	si □ - no □

Tipologia evento (specificare)	□ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO □ EVENTO FORMATIVO □ _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	□ RELATORE □ PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
data	
Durata	Giorni_____ ore_____
Specificare se l'attività formativa è ECM	si □ - no □
Specificare se con test o esame finale	si □ - no □

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati .

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 l'Azienda Usl 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 _____

ALLEGATO F

Per dichiarare il possesso di **ulteriori titoli di studio** (Laurea/ Dottorato di ricerca/Master Universitari/ Specializzazioni etc. **con esclusione** di quelli già indicati nella domanda di partecipazione al concorso)

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445/2000 art. 46)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Titoli Accademici e Di Studio (Specializzazione ulteriore - Laurea ulteriore afferente altro ruolo sanitario - Master universitario I-II livello - Dottorato di ricerca)

Titolo	Ente erogatore	Materia/disciplina	Data conseguimento e durata
			/_____/_____/_____/ Durata_____
			/_____/_____/_____/ Durata_____
			/_____/_____/_____/ Durata_____
			/_____/_____/_____/ Durata_____
			/_____/_____/_____/ Durata_____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati.
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 l'Azienda Usl 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_____

ALLEGATO G

Per dichiarare servizi prestati come Medico Interno /Volontario presso strutture pubbliche e altri titoli

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di aver svolto attività di MEDICO INTERNO o VOLONTARIO presso struttura pubblica:

Tipo di rapporto	disciplina	Ente / presidio	Data esatta GG/MM/AA
			Da_____a_____
			Da_____a_____
			Da_____a_____
			Da_____a_____
			Da_____a_____
			Da_____a_____
			Da_____a_____

ALTRI TITOLI: Borsa di studio pubblica o privata senza conseguimento di titolo/attestato - Contratti di ricerca pubblici o privati (se non specificata diversa tipologia di rapporto) - Dottorato di ricerca non concluso.

Titolo	Ente erogatore	Materia/disciplina	Data esatta gg/mm/aa
			(da _____ a _____)
			(da _____ a _____)
			(da _____ a _____)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati .

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 l'Azienda Usl 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 _____

ALLEGATO H

Per allegare fotocopie di attestati di aggiornamento, pubblicazioni ,etc.

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47)

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, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A
(vedi diverse ipotesi di utilizzo)

1) di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento (elencare ogni singolo attestato ed allegare copia semplice degli stessi):

2) di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni (elencare ogni singola pubblicazione ed allegare copia semplice delle stesse):

3) di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso (Vedi requisiti generali ammissione, punto b):

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 609 DEL 14 MAG. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Morelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)
IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N° 19 FOGLI.
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE (Dr.ssa Patrizia Sollai)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati .

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 l'Azienda Usl 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 _____