ALLEGATO "A"

MODIFICA PARZIALE E RIAPERTURA TERMINI AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N°4 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DA DESTINARE AL CENTRO SCLEROSI MULTIPLA DEL P.O. BINAGHI (1 POSTO), ALL'UNITA' SPINALE UNIPOLARE DEL P.O. MARINO (1 POSTO), ALLA S.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEL P.O. MARINO (1 POSTO) E ALLE STRUTTURE TERRITORIALI AZIENDALI (1 POSTO).

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE:

In esecuzione della deliberazione n. del la ASL di Cagliari intende riaprire i termini relativi alla 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 Fisica e della Riabilitazione indetta con delibera aziendale n. 657 del 10/0572012, modificando parzialmente la precedente procedura mediante l'indicazione di n. 4 posti complessivi , così diversamente destinati:

- **Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi (1 posto);**
- **Unità Spinale Unipolare del P.O. Marino (1 posto);**
- **S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale del P.O. Marino (1 posto);**
- **Strutture Territoriali Aziendali (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 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.

Le domande presentate entro il 30/05/2012, termine di scadenza del precedente avviso, sono valide a tutti gli effetti. E' facoltà dei candidati interessati presentare, entro la nuova data di scadenza, eventuale ed ulteriore documentazione ad integrazione di quella già inoltrata.

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

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:

1) requisiti richiesti per n. 1 posto da destinare al Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi:

- **Percorso formativo ed esperienza lavorativa nell'ambito della valutazione riabilitativa, ortesica e degli ausili del paziente affetto da sclerosi multipla, da malattie neuromuscolari in età evolutiva e nell'adulto;**
- **Abilitazione ed accreditamento all'utilizzo di scale di valutazione della spasticità, della scala FIM, dell'ICF;**
- **Comprovata esperienza nell'utilizzo della tossina botulinica nel trattamento focale della spasticità anche sotto guida ecografia nell'adulto.**

2) requisiti richiesti per n. 1 posto da destinare all'Unità Spinale Unipolare del P.O. Marino:

- **Esperienza in Strutture di Riabilitazione Intensiva;**
- **Capacità di lavorare in equipe in un approccio multidisciplinare;**
- **Esperienza nella prescrizione di ausili in pazienti con lesione midollare.**

3) Requisiti richiesti per n. 1 posto da destinare alla S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale del P.O. Marino:

- **Comprovata competenza ed esperienza professionale nella diagnosi e trattamento di patologie ortopediche/traumatologiche;**
- **Comprovata competenza ed esperienza professionale nella diagnosi e trattamento di patologie neurologiche compreso il trattamento della spasticità dell'adulto;**
- **Comprovata competenza ed esperienza professionale nell'utilizzo delle onde d'urto focali, taping neuromuscolare e linfotaping;**

4) requisiti richiesti per n. 1 posto da destinare alle Strutture Territoriali Aziendali:

- **Esperienza riabilitativa maturata sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale;**
- **Conoscenza dei processi assistenziali sul controllo dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative e capacità di monitoraggio delle stesse nelle strutture pubbliche e private;**
- **Competenza e specificità nelle prestazioni fisiatriche ai fini diagnostici e valutativi con riferimento alle disabilità osteoarticolari, muscololegamentose e alle disabilità neurologiche dell'adulto;**
- **Conoscenza delle metodiche riabilitative più utilizzate nella rieducazione posturale del rachide e comprovata esperienza nell'assistenza protesica.**

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

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; pertanto eventuali ferie arretrate andranno fruite 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.

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 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 pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Emilio Simeone)

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

ASLCagliari

Allegato alla delibera n°

FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore Generale
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 riapertura dei termini della procedura di Mobilità regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto, indetta per la copertura di n. 4 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Fisica e Riabilitazione da destinare al Centro Sclerosi Multipla del P.O. Binaghi (1 posto), all'Unità Spinale Unipolare del P.O. Marino (1 posto), alla S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale del P.O. Marino (1 posto) e alle Strutture Territoriali Aziendali (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;

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

Allegato alla delibera n°

- ❑ 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;
- ❑ 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

_____

Allegato alla delibera n°

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, 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

ALLEGATO A **pag. n.** _____

ASLCagliari

Allegato alla delibera n°

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 €_____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 957 DEL 16 LUG. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N° sette FOGLI.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE (Dr.ssa Patrizia Sollai)

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