

1353  
18 NOV. 2015

Allegato 1

## SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE PARTECIPAZIONE

### ASL n° 8 – CAGLIARI

**AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO TRIENNALE DI DIRIGENTE MEDICO – RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE “POLIAMBULATORIO DI VIALE TRIESTE - CAGLIARI”, AFFERENTE ALLA UOC “CURE PRIMARIE” DEL DISTRETTO 1 DI CAGLIARI AREA VASTA.**

In esecuzione della deliberazione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ adottata dal Direttore Generale, ai sensi del vigente CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, è

### **INDETTA SELEZIONE INTERNA**

per il conferimento di

n°1 incarico triennale di dirigente medico - Responsabile della Struttura semplice “Poliambulatorio di Viale Trieste - Cagliari”, afferente alla UOC “Cure primarie” del Distretto 1 di Cagliari area vasta.

### **ART.1**

#### **MODALITA' DI SELEZIONE**

Tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 28, CCNL del 08.06.2000 relativo all'Area della Dirigenza Medico – Veterinaria, in attuazione di quanto previsto dall'art. 15 ter, D.Lgs. n° 502/1992 e succ. mod. ed int. e nel rispetto del vigente Regolamento aziendale, per stabilire l'idoneità dei dirigenti interessati ed al fine dell'affidamento dell'incarico, l'Azienda acquisisce e valuta le candidature correlandole alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi ed alla complessità dell'incarico da conferire.

La S.S. “Poliambulatorio di Viale Trieste - Cagliari”, afferente alla UOC Cure Primarie del Distretto 1, ha il compito di assicurare l'erogazione delle attività specialistiche ambulatoriali di primo livello alla stregua di una struttura sanitaria periferica del Distretto; governa e organizza l'attività specialistica con la presa in carico di bisogni semplici al fine di assicurare, in maniera appropriata, l'eventuale accesso a prestazioni di livello più elevato secondo criteri di efficienza ed efficacia.

Le funzioni tipiche della S.S. in oggetto sono le seguenti:

- attività specialistiche ambulatoriali nelle seguenti discipline: allergologia, angiologia, cardiologia, chirurgia, dermatologia, endocrinologia, fisiatria, ginecologia, medicina interna, MOC, neurologia, oculistica, odontoiatria, ortopedia, ortottica, otorinolaringoiatra, pneumologia, radiologia-ecografia, reumatologia, urologia, sala prelievi, ticket;
- ufficio esenzioni ticket;

Gli obiettivi generali, connessi all'incarico in discorso, devono essere perseguiti nel rispetto di indirizzi di carattere regionale ed aziendale e nello specifico del governo dell'erogazione delle prestazioni rientranti nell'ambito di assistenza territoriale affidato, in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza degli interventi, nonché dei limiti di spesa definiti, e che gli stessi hanno ad oggetto:

- la riqualificazione dell'assistenza territoriale che, piuttosto che focalizzarsi unicamente sulla cura della malattia, sia finalizzata a garantire la continuità del percorso di cura e la presa in carico dell'individuo;

- strutturare ed offrire una pluralità di servizi e prestazioni in coerenza con il modello di presa in carico, garantendo elevati livelli di integrazione (professionale, logistica, tra ambiti di cura, tra ambiti istituzionali);
- implementare ed istituzionalizzare la continuità ospedale-territorio;
- implementare e favorire la valutazione multidimensionale promuovendo l'utilizzo di linee guida e protocolli comuni e condivisi con tutti i professionisti che partecipano al processo di cura;
- implementare percorsi di integrazione tra prestazioni specialistiche;
- favorire la riduzione dei tempi d'attesa con un monitoraggio costante delle prestazioni erogate nei singoli ambulatori e nelle diverse branche specialistiche onde valutare l'effettiva attività svolta giornalmente e porre in essere tutte le strategie in collaborazione con il CUP, per evitare e/o ridurre il verificarsi di casi di pazienti che, regolarmente prenotati, non si presentano a visita;
- controllare l'appropriatezza prescrittiva con un costante contatto con i medici prescrittori (medici di base, ospedalieri, specialisti ambulatoriali) sia per quanto riguarda le richieste di prestazioni ambulatoriali, sia per quanto concerne le richieste di visite domiciliari per pazienti allettati e comunque non trasportabili, nonché migliorare i percorsi atti a soddisfare le richieste di prestazioni urgenti;
- predisporre una riorganizzazione dell'assistenza infermieristica per branche specialistiche, in collaborazione con l'Area delle professioni sanitarie, onde ottimizzare e rendere più fluido il supporto infermieristico nei diversi ambulatori, riconoscendo alla figura professionale dell'infermiere il proprio ruolo nell'assistenza;
- in collaborazione con il Distretto e con la UOC Promozione della salute, accogliere e migliorare, all'interno del poliambulatorio, i percorsi socio-assistenziali emergenti: nuove povertà, immigrati, fasce della popolazione più fragili;
- migliorare i percorsi di orientamento e informazione per gli utenti, semplificando l'accesso sia per quanto riguarda le prestazioni specialistiche sia per tutti i servizi di supporto offerti all'interno della struttura (CUP, ticket, esenzioni per patologia, invalidità, infortunio) garantendo un aumento del grado di soddisfazione dell'utente;
- garantire il supporto alla completa attivazione delle agende esclusive per visite successive alla prima nell'ambito del CUP/WEB;
- favorire l'implementazione del sistema di passaggio alla ricetta dematerializzata e della compilazione della cartella clinica in tutti gli ambulatori specialistici;
- in collaborazione con il Servizio informatico, migliorare il supporto informatico: curare l'aggiornamento delle unità informatiche in uso e del sistema di trasmissione, agevolando l'utilizzo del sistema da parte degli specialisti e di tutto il personale;
- porre in essere azioni di monitoraggio e contenimento della spesa;

L'Azienda, nell'affidamento dell'incarico ed in relazione alla natura dello stesso, prenderà in considerazione, sulla base delle dichiarazioni rese dal candidato e della documentazione prodotta dallo stesso:

- il profilo di appartenenza;
- le attitudini personali, capacità e competenze professionali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nel profilo di Dirigente Medico che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi di natura gestionale e/o professionale svolti anche in altre Aziende ed Enti del SSN o del SSR, ovvero esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- in particolare, secondo quanto meglio esemplificato nel successivo art. 5, saranno, inoltre, oggetto di valutazione:
  - l'attività di servizio nel profilo maturata in Aziende ed Enti del SSN o in altre amministrazioni pubbliche. Si precisa che non producono anzianità di servizio e non sono

computabili a tale fine, i periodi di attività lavorativa svolta in base ad incarichi individuali, conferiti dalle amministrazioni pubbliche, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, previsti e disciplinati dall'art.7, 6° co e ss., D.Lgs. n° 165/2001 e ss.mm.ii.;

- le tipologie quali quantitative delle prestazioni svolte;
- l'attività di studio, di aggiornamento, formazione e docenza;
- gli incarichi di cui il candidato è stato o è titolare;
- l'attività scientifica;
- l'esito delle eventuali valutazioni conseguite dal dirigente.

**Tenuto conto della natura, funzioni ed obiettivi dell'incarico da conferire, nell'ambito delle suddette categorie, sarà data specifica rilevanza alle competenze maturate nell'ambito della gestione delle attività ambulatoriali.**

**Il suddetto elenco non è esaustivo ed il candidato, in relazione alle funzioni ed obiettivi propri dell'incarico oggetto del presente avviso, può indicare gli ulteriori titoli che ritenga rilevanti ai fini della valutazione. Tali titoli dovranno essere prodotti, esclusivamente, nelle forme indicate nel successivo art. 5 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazione sostitutiva di atto notorio).**

L'ordine dei suddetti elementi di valutazione non determina rapporti di gerarchia o elementi di prevalenza o di preferenza tra gli stessi.

Nel rispetto dei principi di cui al presente articolo e tenuto conto della natura e delle funzioni della struttura di cui trattasi, il Direttore della struttura complessa "Cure primarie" del Distretto 1 di Cagliari area vasta svolge la selezione basandosi sulla valutazione dei suddetti elementi, e provvede, con idonea motivazione, a individuare una rosa di idonei.

Il Direttore Generale individuerà il dirigente cui conferire l'incarico.

L'Amministrazione si riserva, a sua discrezione, la possibilità di invitare i candidati a sostenere un colloquio ad integrazione della valutazione effettuata sulla base dell'esame della documentazione dagli stessi inviata.

L'affidamento e la decorrenza dell'incarico avverrà attraverso la stipula del relativo contratto individuale di lavoro secondo quanto previsto dal successivo art. 7.

## **ART. 2 REQUISITI DI AMMISSIONE**

Ai fini dell'ammissione alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere dipendente della ASL n° 8 di Cagliari con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato disciplinato dal CCNL dell'Area della dirigenza medico-veterinaria del SSN:
  - nel profilo di dirigente medico;
  - nella disciplina di "Organizzazione dei servizi sanitari di base" o disciplina equipollente;
  - con rapporto di lavoro esclusivo;
- b) essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di dirigente medico nella disciplina di "Organizzazione dei servizi sanitari di base" o disciplina equipollente maturati nell'ambito di

Aziende e Enti del Comparto SSN con valutazione positiva al termine del primo quinquennio di servizio.

### **ART. 3 ESCLUSIONI**

La mancanza dei requisiti richiesti costituisce motivo di esclusione dalla selezione.

### **ART.4 PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda di ammissione alla selezione dovrà essere presentata **utilizzando l'apposito fac simile** allegato al presente avviso.

La domanda dovrà essere redatta in carta semplice.

La domanda e tutte le dichiarazioni sostitutive ad essa allegate devono essere sottoscritte in originale dal candidato.

Ai sensi degli art. 46 e 47, DPR n°445/2000 e succ. mod. ed int., gli aspiranti, premessa la dichiarazione di consapevolezza delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n°445/00, debbono dichiarare, barrando le relative caselle e completando il singolo punto, quanto segue, sotto la propria responsabilità ed a pena di esclusione:

1. cognome, nome, data, luogo di nascita;
2. la residenza, con l'esatta indicazione del numero di codice di avviamento postale, nonché un recapito telefonico;
3. il possesso della cittadinanza italiana;
4. il godimento dei diritti civili e politici, indicando il Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
5. di non aver riportato condanne penali ovvero le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale);
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero i carichi penali pendenti di cui è a conoscenza;
7. di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente Medico;
8. di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 53, D.Lgs. 30.03.2001, n°165 e ss.mm.ii;
9. il possesso del diploma di Laurea/ Laurea specialistica/ Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia con specifica indicazione della classe della stessa;
10. il possesso del diploma di specializzazione;
11. di essere in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione come specificati nella domanda e richiesti dall'avviso;
12. di aver allegato alla domanda le dichiarazioni rese ai termini degli artt.46 o 47, DPR n°445/2000 e succ. mod. ed int. indicate nel successivo art.5, sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nella singola dichiarazione;
13. di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio:
  - a. dall'UOC Personale il certificato di servizio;

- b. le schede di valutazione presenti nell'archivio delle valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo organizzativo e valutazione del personale) relative ai periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o, se pervenuti, anche presso altre aziende o enti.

14. il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n°196/03).

15. 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. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto 2) del presente articolo.

L'omissione delle dichiarazioni di cui ai precedenti punti nn. 5 e 6 della domanda di ammissione sarà considerata come il non aver riportato condanne penali e/o il non avere carichi penali pendenti, fatto salvo il successivo accertamento d'ufficio della veridicità della dichiarazione.

## **ART. 5 DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Ai sensi del DPR n°445/2000 e ss.mm.ii. e come da ultimo modificato dall'art. 15, della L.12/11/2011, n°183, *"Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni e Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)"*, al disposto normativo consegue, pertanto, che:

- **alle Amministrazioni pubbliche è fatto divieto** di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza;
- nei rapporti con gli organi della Pubblica amministrazione, **i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà di cui agli articoli 46 e 47, DPR n° 445.**

Alla luce di quanto disposto dalle suddette norme di legge vigenti, alla domanda di partecipazione alla selezione, che è formulata, nella forma della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, **i candidati non possono allegare certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza.**

Si precisa, ulteriormente, che qualora il candidato alleggi alla domanda di ammissione certificati in originale o in copia autenticata rilasciata da PP.AA., **per l'Azienda sussiste il divieto di accettarli e l'eventuale accettazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio**, a termini dell'art. 74, DPR n°445/2000 e succ. mod. ed int.. Pertanto, le informazioni ed i dati contenuti nelle suddette certificazioni eventualmente allegate alla domanda **non saranno presi in considerazione a nessun fine.**

Il candidato dovrà prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio dal servizio personale della ASL 8 il certificato relativo ai servizi prestati dallo stesso.

Si precisa che, **qualora il certificato emesso dal Servizio personale della ASL 8 non includa eventuali periodi di servizio prestati presso altri enti del SSN, il candidato dovrà allegare alla domanda l'apposita dichiarazione di cui All. A al presente avviso.**

I candidati **dovranno**, invece, allegare alla domanda di ammissione:

- A. le seguenti dichiarazioni, rese a termini degli artt.46 e 47 DPR n° 445, redatte utilizzando gli appositi fac - simile allegati al presente avviso, **sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nel fac simile della singola dichiarazione:**

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai periodi di servizio prestati nel profilo a selezione presso Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio **non risultanti dal certificato di servizio rilasciato dalla ASL n°8 (Allegato A)**, indicando, per ciascun periodo:
  - a) la denominazione completa dell'Azienda/ Ente del SSN presso cui il servizio è stato prestato;
  - b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite, la disciplina o la struttura organizzativa nella quale il servizio è stato prestato;
  - c) le date iniziali e terminali del relativo periodo di attività;
  - d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
  - e) la circostanza che il servizio sia stato prestato con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo precisando i periodi;
  - f) la circostanza che la prestazione è stata svolta a tempo pieno/ a tempo parziale/ a tempo definito con indicazione, in tali ultime due ipotesi, dell'orario di lavoro prestato;
  - g) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio ovvero di non aver fruito, nel corso del singolo periodo di servizio, di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
  - h) le cause di risoluzione dei singoli rapporti di lavoro.
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate da altre Pubbliche amministrazioni, non ricomprese nell'ambito del Comparto del SSN, presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione **(Allegato B)**, indicando, per ciascun periodo:
  - a) la denominazione completa della Pubblica amministrazione presso cui il servizio è stato prestato;
  - b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite e l'eventuale disciplina nella quale il servizio è stato prestato;
  - c) la data iniziale e terminale del relativo periodo di attività;
  - d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
  - e) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio ovvero di non aver fruito nel corso del singolo periodo di servizio di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
  - f) le cause di risoluzione del singolo rapporto di lavoro.
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali/di struttura semplice dipartimentale/ di struttura semplice/ di struttura complessa/ di Dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio **(Allegato C)**, con indicazione:
  - a) della denominazione del singolo incarico;
  - b) della denominazione completa dell'Azienda/ Ente del SSN che ha conferito l'incarico, della sede e dell'allocazione dello stesso nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
  - c) del periodo (gg/mm/aa) di conferimento/ svolgimento del singolo incarico;
  - d) degli eventuali esiti delle valutazioni concernenti il singolo incarico.
4. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni **(Allegato D)** allegare alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della

stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori. Le pubblicazioni, per essere oggetto di valutazione, devono essere sempre allegate in originale o secondo la forma sopraindicata. Le pubblicazioni saranno oggetto di valutazione SOLO se allegate alla domanda di partecipazione.

5. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte (**Allegato E**), tra cui, a titolo esemplificativo,:
  - a) soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti il profilo a selezione in strutture italiane o estere con indicazione, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza, della denominazione completa della struttura, del periodo di frequenza della stessa (gg/mm/aa), della finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento;
  - b) partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari ect, con indicazione, per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect., dell' organizzatore, del titolo dell'evento, del luogo e della/e data/e 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);
  - c) **partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento in materia di gestione delle attività ambulatoriale;**
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza (**Allegato F**) svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**Allegato G**), (diplomi di laurea, diplomi di specializzazione ect) con indicazione dell'Università presso cui è stato acquisito, della data del conseguimento e della durata legale del corso di studi;
8. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni professionali effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti il profilo e l'incarico a selezione (**Allegato H**), con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali prestazioni sono state effettuate. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale svolta e maturata in materia di gestione delle attività ambulatoriali;
9. **copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.**

Poiché le amministrazioni pubbliche sono tenute a verificare le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di acquisire tutti i dati e i documenti oggetto di dichiarazione che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, **è indispensabile che il candidato, indichi in maniera completa gli elementi indispensabili, richiesti ed indicati nel testo delle diverse dichiarazioni, per l'individuazione della Pubblica Amministrazione presso cui operare la richiesta di verifica, in quanto depositaria delle informazioni oggetto di dichiarazione.**

## ART.6 INVIO DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate alla ASL n°8 di Cagliari – S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu - 09047 Selargius - CA, esclusivamente a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento; a tal fine farà fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

Il termine per la presentazione delle domande scadrà il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sull'albo aziendale.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

~~Al fine di assicurare opportuna diffusione, il presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale, dove verrà indicato il termine di scadenza per l'invio delle domande.~~

Con riferimento alle domande pervenute, farà fede la data risultante dal timbro postale di spedizione e saranno comunque ammesse solo quelle pervenute all'Azienda entro 8 giorni successivi la data di scadenza del bando.

Non saranno esaminate le domande inviate oltre i termini di scadenza come sopra determinati.

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, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per mancata restituzione dell'avviso di ricevimento in caso di spedizioni per raccomandata.

## **ART. 7**

### **TRATTAMENTO GIURIDICO/ECONOMICO**

Come previsto dall'art.13, CCNL Area Dirigenza medico veterinaria sottoscritto in data 08/06/2000 e ribadito dall'art. 4 , CCNL sottoscritto in data 06/05/2010, l'incarico sarà conferito a seguito di sottoscrizione del relativo contratto individuale di conferimento dello stesso e con la decorrenza ivi indicata.

Il trattamento giuridico ed economico dell'incarico affidato è quello previsto dai CC.CC.NN.LL. nel tempo vigenti per le Aree di contrattazione della dirigenza del SSN, da corrispondere con cadenza mensile.

La retribuzione di posizione connessa all'incarico è determinata, ai sensi dell'art. 15, comma 1, del D. Lgs. 502/1992 e, per l'Area della Dirigenza Medico - Veterinaria, dall'art. 51, co. 1° e 2°, CCNL 05/12/1996, come integrato dall'art. 26, CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, co. 9°, CCNL 03/11/2005, e come confermato, dall'art. 6, CCNL 17/10/2008, sulla base del sistema aziendale di graduazione delle funzioni dirigenziali, vigente alla data di sottoscrizione del contratto, in relazione al "peso" attribuito all'incarico assegnato in conformità a tale sistema.

Dato atto che è stato approvato il nuovo regolamento aziendale per la graduazione degli incarichi e che a tale sistema non è ancora conseguita l'applicazione integrale, il contratto determinerà il peso dell'incarico in oggetto in via provvisoria.

Il peso dell'incarico potrà essere rideterminato, anche prima della scadenza dello stesso, a seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali e sulla base di quanto da quest'ultimo stabilito.

A seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali, la retribuzione di posizione potrà essere confermata o rideterminata in conformità col "peso" attribuito all'incarico, secondo quanto stabilito dal medesimo sistema. La conferma o variazione del peso attribuito all'incarico e della conseguente e correlata retribuzione di posizione saranno oggetto di specifica comunicazione al dirigente.

La decorrenza dell'incarico, le modalità e le condizioni che regolano il rapporto di lavoro saranno stabilite in sede di stipula del contratto individuale di lavoro che, previa acquisizione della documentazione necessaria, dovrà essere sottoscritto, a termine dell'art. 24, co. 6°, CCNL 03/11/2005, e a pena di decadenza, entro 30 giorni dal ricevimento di apposita comunicazione aziendale di conferimento dell'incarico.

## **ART. 8**

### **MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AVVISO**

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto o in parte, modificare o ritirare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli interessati, del relativo provvedimento.

## **ART.9**

### **TUTELA DELLA PRIVACY**



Al fine di dar corso alla selezione sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale, nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale.

Tali dati sono finalizzati a valutare in via preliminare l'idoneità all'incarico proposto, per poter dar corso al successivo colloquio finalizzato alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate come meglio e più specificamente precisato successivamente nel presente bando.

I trattamenti dei dati saranno effettuati anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 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 avviso, non si potrà effettuare il processo selettivo nei suoi confronti.

I dati risultanti da ciascuna domanda di partecipazione alla selezione e dalla documentazione alla stessa allegata potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

#### **ART. 10**

##### **ACCESSO AGLI ATTI DELLA SELEZIONE E PUBBLICITA'**

L'accesso alla documentazione attinente la presente selezione sarà consentito a conclusione del procedimento stesso.

Gli obblighi di pubblicità nei confronti di tutti i partecipanti alla procedura selettiva saranno assolti con la pubblicazione sul sito internet aziendale della deliberazione di presa d'atto dei verbali della selezione e di conferimento dell'incarico.

#### **ART. 11**

##### **NORMA FINALE**

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Ogni ulteriore informazione o copia dell'avviso potranno essere richieste alla S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu – 09047 Selargius (CA). Tel. 070/6093288 o sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it).

Il Commissario Straordinario  
Dott.ssa Savina Ortu

FAC SIMILE DOMANDA

Al Sig. Commissario Straordinario  
ASL n°8 di Cagliari  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del  
Personale  
Via Piero Della Francesca, 1  
Loc. Su Planu  
09047 Selargius

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la  
procedura selettiva in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Tel.  
n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a partecipare alla selezione interna per il conferimento di:

n. 1 incarico triennale di dirigente medico – Responsabile della Struttura Semplice “Poliambulatorio di Viale Trieste - Cagliari”, afferente alla UOC “Cure Primarie” del Distretto 1 di Cagliari area vasta.

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 d.p.r. 445/00, dichiara ( barrare le singole caselle) :

- ☐ di essere cittadino \_\_\_\_\_;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici essendo iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto/ di essere stato cancellato dalle liste elettorali in quanto \_\_\_\_\_;
- ☐ di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_;
- ☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali pendenti \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_ per cui è indetta la selezione ;
- ☐ di essere in possesso del diploma di Laurea in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- ☐ di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, al n° \_\_\_\_\_;

- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ , conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ovvero di non essere in possesso del diploma di specializzazione;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione, come meglio dettagliati della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa, allegata;
- di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della ASL n°8 di Cagliari:
  - nel profilo di Dirigente Medico;
  - nella disciplina di \_\_\_\_\_ ;
  - con rapporto di lavoro esclusivo;
- di essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_, maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.
- di aver conseguito/ non aver conseguito valutazione positiva al termine del quinquennio di attività;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio il proprio certificato di servizio;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio le schede di valutazione presenti nell'archivio valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo Org. e Valutazione del personale ) relative a periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o , se pervenute, anche presso altre Aziende ed Enti ;
- di aver/ non aver maturato altri periodi di servizio presso enti del SSN oltre a quelli elencati nel suddetto certificato di servizio della ASL n° 8, che sarà acquisito d'ufficio;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità prevista dall'art. 53, D.Lgs. 30.03.2001, n°165 e ss.mm.ii ovvero di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_;
- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di inconferibilità previste dal D.Lgs. 8/04/2013, n° 39, in particolare, artt. 3 e 4.
- di accordare il consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/03, affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Essendo a conoscenza del divieto per le Amministrazioni pubbliche di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza, previsto dal DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. e come da ultimo modificato dall'art. 15, della L. 12/11/2011, n°183, si allegano alla domanda le seguenti dichiarazioni, rese ai

termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int., previste nell' art. 5 dell'avviso di selezione e precisamente ( barrare le dichiarazioni allegate alla domanda di partecipazione) :

- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciata dalle Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione non ricompresi nel certificato di servizio rilasciato dalla ASL n° 8;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali o di struttura semplice o di struttura complessa o di Dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni allegate alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza svolta;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio;
- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa a specifiche esperienze ed attività professionali. Tale dichiarazione riguarda specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale in materia di sanità penitenziaria e/o assistenza sanitaria ai detenuti.

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda :

- n. 3 copie dell'elenco della documentazione presentata
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI RELATIVE AI SERVIZI PRESTATI PRESSO  
AZIENDE/ ENTI DEL SSN NON RISULTANTI NEL CERTIFICATO DI SERVIZIO RILASCIATO DALLA ASL N° 8.  
(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.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la procedura selettiva in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

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 d.p.r. 445/00,

**DICHIARA**

**A.** che, oltre all'anzianità di servizio risultante dalle certificazioni rilasciate dalla ASL n° 8 di Cagliari, il sottoscritto ha maturato ulteriore anzianità di servizio presso le seguenti Aziende o Enti del SSN (compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti) :

1. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
- d. con rapporto di lavoro:
  - ☐ a tempo indeterminato ovvero ☐ a tempo determinato;
  - ☐ a tempo pieno                      ovvero ☐ a tempo parziale
- e. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

2. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
- d. con rapporto di lavoro:
  - ☐ a tempo indeterminato ovvero ☐ a tempo determinato;
  - ☐ a tempo pieno                      ovvero ☐ a tempo parziale
- e. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

3. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
- d. con rapporto di lavoro:

☐ a tempo indeterminato *ovvero* ☐ a tempo determinato;

☐ a tempo pieno *ovvero* ☐ a tempo parziale ☐

B. che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:

☐ è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*indicare gg/mm/aa*)

*ovvero*

☐ non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

C. che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente *ovvero* \_\_\_\_\_

D. che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non è stato destituito o dispensato dall'impiego *ovvero* \_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_

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 CERTIFICAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESTATI PRESSO  
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESE NEL COMPARTO DEL SSN**

**( 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.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la procedura selettiva in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

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 d.p.r. 445/00,

**DICHIARA**

**A.** di aver prestato servizio nel profilo a selezione presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN (*compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti*):

1. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;  
con rapporto di lavoro ☐ a tempo indeterminato ovvero ☐ a tempo determinato;
- d. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

2. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;
- d. con rapporto di lavoro:  
☐ a tempo indeterminato ovvero ☐ a tempo determinato;
- e. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

**B.** che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:

- ☐ è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*indicare gg/mm/aa*)  
ovvero
- ☐ non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

**C.** che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_

**D.** che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non è stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero \_\_\_\_\_.

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, \_\_\_\_\_

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 CERTIFICAZIONE  
RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI IN AZIENDE o 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.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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**

(N.B: compilare il singolo schema che segue per ogni incarico di cui si è/ si è stati titolari)

1) di essere/ essere stato titolare, a tempo determinato.:

- ☐ dell'incarico di \_\_\_\_\_ (specificare: Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico professionale);
- ☐ denominato \_\_\_\_\_,
- ☐ con decorrenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ nel profilo di \_\_\_\_\_;
- ☐ presso \_\_\_\_\_ ( specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- ☐ e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione \_\_\_\_\_;

2) di essere/ essere stato titolare, a tempo determinato.:

- ☐ dell'incarico di \_\_\_\_\_ (specificare: Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico professionale);
- ☐ denominato \_\_\_\_\_,
- ☐ con decorrenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ nel profilo di \_\_\_\_\_;
- ☐ presso \_\_\_\_\_ ( specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- ☐ e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione \_\_\_\_\_;

**O V V E R O**

- ☐ 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, 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.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
**RELATIVA ALLA CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE**  
**( DPR n° 445/2000)**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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**

che la fotocopia delle pubblicazioni di cui all'allegato elenco è conforme all'originale di cui è in possesso il soggetto indicato a margine di ciascuna di esse.

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, \_\_\_\_\_

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 D****ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE IN COPIA**

<b>N.</b>	<b>TITOLO</b>	<b>AUTORE / AUTORI</b>	<b>ESTREMI DELLA PUBBLICAZIONE</b>	<b>ORIGINALE IN POSSESSO DI</b>

## 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.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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 FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	FINALITA' 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 FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/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, \_\_\_\_\_ 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  
RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI DOCENZA.  
( 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.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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 aver svolto attività didattica presso (compilare i moduli seguenti per ciascuna attività di docenza svolta):

1. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario):
  - a. A.A./A.S. \_\_\_\_\_
  - b. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - c. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ h. annuali;
2. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario):
  - a. A.A./A.S. \_\_\_\_\_
  - b. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - c. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ h. annuali;
3. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione, sede e estremi accreditamento) in materia di sicurezza sul lavoro:
  - a. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - b. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ h. annuali;
4. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione, sede e estremi accreditamento) in materia di sicurezza sul lavoro:
  - a. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - b. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ h. annuali;

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, \_\_\_\_\_

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  
RELATIVA AL POSSESSO DI ULTERIORI TITOLI DI STUDIO  
( DPR n° 445/2000)**

Ai sensi dell' art. 46 , D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_,  
(Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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 in possesso dell'ulteriore diploma di Laurea in \_\_\_\_\_, conseguito presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la durata legale del corso è di  
\_\_\_\_\_anni;
- ☐ di essere in possesso dell'ulteriore diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la durata  
legale del corso è di \_\_\_\_\_anni;
- ☐ di essere in possesso dell'ulteriore e seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, la durata legale del corso è di  
\_\_\_\_\_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, \_\_\_\_\_

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 CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO  
RELATIVA A SPECIFICHE ESPERIENZE ED ATTIVITA' PROFESSIONALI  
( 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.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_, 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**

*( NB. Tale dichiarazione riguarda specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale svolta e maturata in materia di attività poliambulatoriale).*

---

---

---

---

---

---

---

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, \_\_\_\_\_

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 ALLA DELIBERAZIONE**

1353

18 NOV. 2015

N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
*Dott.ssa Savina Ortu*

Il presente allegato è com-  
posto di n° 23 fogli.

*VR*