ASLCagliari

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A NORMA DELL'ARTICOLO 7, COMMA 6, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001, N. 165 E SS.MM.II

In esecuzione della Deliberazione n.28 del 28 GENNAIO 2011 e in applicazione del "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii." approvato con deliberazione n. 760 del 23.06.2009

E' INDETTA

Una procedura di comparazione per il conferimento di un incarico individuale di natura libero professionale per un

Medico specialista in FARMACOLOGIA CLINICA

da assegnare al
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
DIPARTIMENTO INTERNISTICO – P.O. BINAGHI

Oggetto: Svolgimento di prestazioni professionali altamente qualificate riconducibili alla disciplina di Farmacologia.

Durata: mesi 12, per 20 ore settimanali.
Sede di svolgimento: P.O. Binaghi – Centro Sclerosi Multipla.
Modalità di svolgimento della prestazione: da concordarsi con il Responsabile della S.C. "Centro Sclerosi Multipla".

Compenso mensile: €. 1.947,00 al lordo delle ritenute fiscali, esente da IVA ex art. 10, c.1, n°18 del DPR n. 633. E' a carico del professionista la copertura assicurativa per infortuni e per la responsabilità professionale.

Costituiscono requisiti di accesso alla procedura:
Requisiti generali:
- cittadinanza italiana fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea, o possesso del permesso/carta di soggiorno;
- godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
- non aver riportato condanne penali (in caso contrario inidcare le condanne penali riportate);
- di non essere cessati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

Requisiti specifici:
- Titolo di studio: Laurea in Medicina e Chirurgia.
- Specializzazione in Farmacologia Clinica.
- Iscrizione al relativo albo professionale.

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata di curriculum formativo e professionale, all'Azienda A.S.L. 8 di Cagliari - Via Piero della Francesca 1 – 09047 SELARGIUS, entro il termine perentorio del giorno

12 FEBBRAIO 2011

Le domande potranno pervenire sia tramite posta che con consegna all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda sito al piano terra della Sede Amministrativa dell'Azienda (Via Piero della Francesca 1 - SELARGIUS). In caso di utilizzo del servizio postale la domanda dovrà essere indirizzata al Commissario Straordinario della ASL n. 8 Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS e dovrà essere inoltrata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro la data di scadenza. La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

Alla domanda dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, la certificazione o l'autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso e la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità. I documenti allegati devono essere presentati in conformità alle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000 in materia di documenti amministrativi.

Tutti i titoli devono essere presentati in originale o in copia legale ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente (D.P.R. n°445/2000).

Il candidato, in luogo delle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, può avvalersi delle seguenti dichiarazioni sostitutive previste dal D.P.R. 445/00:

1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 DPR 445/00.

2) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47, D.P.R. 445/00) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/00.

3) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 DPR 445/00).

Si vedano i fac-simile allegati al presente bando.

Alle predette dichiarazioni sostitutive di atto notorio dovrà essere allegata <u>fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.</u>

Fatte salve le eccezioni di cui sopra, non saranno presi in considerazione titoli non documentati formalmente.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Il Servizio del Personale procederà all'accertamento del possesso dei requisiti d'accesso alla procedura mentre una Commissione appositamente individuata dal Commissario Straordinario effettuerà, limitatamente agli istanti in possesso dei requisiti generali e specifici, la valutazione comparativa dei curricula pervenuti a seguito della verifica del requisito della particolare e comprovata specializzazione anche universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta e tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, con particolare riferimento a:

- qualificazione professionale;
- esperienze già maturate nel settore di attività di riferimento con particolare riguardo alle attività specifiche di un Centro per la diagnosi e la cura della Sclerosi Multipla;
- cognizioni nel campo della Psicoterapia ad Orientamento Sistemico Relazionale;
- ulteriori elementi legati alla specificità dell'attività richiesta.

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta, potranno essere invitati a sostenere colloqui, esami, prove specifiche.
Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento al "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. a soggetti esterni presso l'Azienda A.S.L. 8 di Cagliari", approvato con deliberazione del 23/06/2009 n. 760 ed alla normativa ivi indicata.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

L'Amministrazione si riserva, altresì, la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni dell'Azienda ASL di Cagliari, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

La procedura di comparazione verrà conclusa entro 20 giorni dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande e ne sarà data pubblicità tramite il sito web aziendale.

Copia del presente avviso è disponibile nel sito Web Aziendale e resterà affisso all'albo pretorio dell'Azienda per 10 giorni.

Per informazioni rivolgersi Servizio del Personale, tel. 070 – 6093274.

Selargius, _____

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

dott. Emilio Simeone

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda ASL di Cagliari
Servizio del Personale
Via Piero Della Francesca, 1
09047 Selargius – Cagliari

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la presente procedura in _____ (CAP_____), Via _____ , n. _____ Tel. n. _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico libero professionale di Medico Chirurgo specializzato in Farmacologia Clinica di cui alla delibera n.____ in data_____;
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, dichiara:

di essere cittadino _____ (specificare se italiano o di altro stato);
di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ;
di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato_____;
di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____in data_____;
di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici di _____al n._____;
di essere in possesso della specializzazione in _____conseguita presso l'Università degli Studi di_____in data_____;
di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
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.

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 sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.
Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato e copia di un documento di identità in corso di validità.

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

DATA _____ FIRMA _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
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

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, 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 affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
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 _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, 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 affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.
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 a conoscenza del fatto che le copie fotostatiche dei seguenti documenti sono conformi all'originale di cui è in possesso:
_____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, 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 affinchè i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma