ASLCagliari

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI TRE INCARICHI DI COLLABORAZIONE A NORMA DELL'ARTICOLO 7, COMMA 6, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001, N. 165 E SS.MM.II

In esecuzione della deliberazione n. 1036 del 27 luglio 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 tre incarichi individuali di natura libero professionale per

3 FARMACISTI
SPECIALISTI NELLA DISCIPLINA "FARMACIA OSPEDALIERA"

Oggetto: Svolgimento di prestazioni professionali altamente qualificate nell'ambito di attività non istituzionali quali l'approvvigionamento, erogazione e controllo di:

- farmaci e dispositivi medici per la casa circondariale di Cagliari e dell'Istituto di Pena di Isili;
- sostanze stupefacenti per i SERD di Cagliari e Quartu, per il Centro Alcolisti di Cagliari, per la casa circondariale di Cagliari e l'istituto di pena di Isili e per gli Hospice convenzionati;
- farmaci oncologici ad alto costo per le case di cura private e il monitoraggio delle prescrizioni AIFA.

Durata: mesi DODICI

Sede: Servizio Farmacia del Presidio Ospedaliero SS. Trinità di Cagliari
Servizio Farmacia dei Presidi Ospedalieri Businco/Microcitemico di Cagliari
Distribuzione Diretta Farmaci – Cittadella della Salute, Viale Romagna, Cagliari

Modalità di realizzazione: da concordarsi con i responsabili delle unità operative di riferimento.

Compenso: €. 3.270,00 mensili, al lordo delle ritenute fiscali e comprensivi di IVA se dovuta.

Il compenso è stabilito in relazione al compenso medio attribuito a professionalità analoghe.

Costituiscono requisiti di accesso alla procedura:

Requisiti generali:

- cittadinanza italiana;
- 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 (indicare, in caso contrario, le eventuali 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;
- idoneità fisica per l'espletamento delle attività di cui al presente avviso pubblico;

Requisiti specifici:

- Titolo di studio: Diploma di Laurea in Farmacia (vecchio ordinamento) ovvero Laurea specialistica in ovvero Laurea Magistrale;
- Specializzazione: Farmacia ospedaliera o in discipline equipollenti o affini.

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

17.08.2011

Le domande potranno pervenire sia tramite posta, sia 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 Direttore generale dell'Azienda ASL di 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 ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso pubblico unitamente alla 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 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.).

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 d.p.r. 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 d.p.r. 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 d.p.r. 445/00).

Si vedano i fac-simile allegati al presente bando.

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

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 dei candidati (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, provvederà ad effettuare una valutazione comparativa dei curricula pervenuti ed alla verifica del requisito della particolare e comprovata specializzazione anche universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta ovvero degli altri requisiti richiesti dalla legge e tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, con particolare riferimento a:

- qualificazione professionale (massimo 10 punti);
- esperienze già maturate nel settore di attività di riferimento e, in particolare, esperienza nell'erogazione e controllo di farmaci e dispositivi medici in ambito ospedaliero e territoriale (massimo 20 punti);
- ulteriori elementi legati alla specificità dell'attività richiesta (massimo 10 punti).

Ai fini del conferimento dell'incarico di collaborazione oggetto del presente bando la Commissione procederà alla formulazione di apposita graduatoria sulla base dei punteggi riportati dai candidati in ordine ai titoli posseduti dai medesimi.

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 pubblico 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 ASL 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 pubblico è disponibile nel sito web Aziendale (www.aslcagliari.it) per 10 giorni consecutivi.

Per informazioni rivolgersi al Servizio del Personale, tel. 070-60 93849 – tel 070-60 93218.

Selargius, _____

IL DIRETTORE GENERALE

dott. Emilio Simeone

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore generale
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 procedura selettiva in _____ (CAP_____), Via _____ , n. _____ Tel. n. _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per il conferimento dell'incarico libero professionale di Farmacista specializzato in Farmacia ospedaliera di cui all'avviso pubblico approvato con deliberazione 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 Farmacia conseguito presso l'Università degli studi di _____in data_____;
di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Farmacisti 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 n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii., di accordare 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.

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, ai sensi del d.lgs. n. 196/03, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

DATA _____ FIRMA

(Da utilizzare per dichiarare, ad esempio: iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni; appartenenza a ordini professionali; titolo di studio, esami sostenuti; qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica ecc.)

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 affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA _____ FIRMA

(Da utilizzare per dichiarare stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato come, ad esempio, l'esperienza professionale e lavorativa).

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 affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA _____ FIRMA

(Da utilizzare per dichiarare che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati).

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 affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a tersi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA _____ FIRMA