

**AVVISO PER L'ISTITUZIONE DI UN ELENCO AZIENDALE DI DIPENDENTI DELLA
ASL CAGLIARI IN QUALITA' DI COMPONENTI AGGIUNTI DELLE COMMISSIONI
DI CONCORSI PUBBLICI AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DELLA CONOSCENZA
DELLE LINGUE STRANIERE INGLESE E FRANCESE**

Visti

- la deliberazione del Direttore generale n. 399 del 13.03.2013 di approvazione del presente avviso;
- il d.lgs n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii e, in particolare, l'art. 37;
- il DPCM 23.03.1995, come rivalutato sulla base degli indici ISTAT con Delibera n. 1049 del 18.10.2010;

E' INDETTA

**Una procedura interna per l'istituzione di un elenco aziendale di
Dipendenti della ASL Cagliari in qualità di componenti aggiunti delle
commissioni di concorsi pubblici ai fini dell'accertamento della conoscenza delle
lingue straniere Inglese e Francese**

- **Oggetto**: attività di verifica delle conoscenze delle lingue straniere Inglese e Francese dei candidati a concorsi banditi da questa ASL;
- **Compenso per prestazione**: ai sensi del DPCM 23.03.1995, come rivalutato sulla base degli indici ISTAT con Delibera n. 1049 del 18.10.2010:
 - Compenso base: 180,19 €
 - Compenso integrativo: 0.432 € per candidato
- **Validità elenco**: il presente elenco avrà validità biennale.

Costituiscono requisiti per l'inserimento al suddetto elenco:

Requisiti generali:

- Essere dipendente di questa ASL
- Categoria C Profilo professionale Assistente amministrativo
- Categoria D/DS Profilo professionale Collaboratore amministrativo

Requisiti specifici per gli Esperti nella lingua Inglese e Francese:

- Una certificazione detenuta, tra quelle elencate:

Inglese	Francese
<ul style="list-style-type: none">• Titolo di studio accademico universitario in lingue	<ul style="list-style-type: none">• Titolo di studio accademico universitario in lingue
<ul style="list-style-type: none">• FCE (First Certificate in English) livello intermedio superiore – B2	<ul style="list-style-type: none">• TEF (Test d'Evaluation de Française) livello superiore C1 – C2
<ul style="list-style-type: none">• CAE (Certificate in Advanced English) livello avanzato – C1	<ul style="list-style-type: none">• TCF (Test de Connaissance de Française) livello avanzato superiore B2 – C1 – C2
<ul style="list-style-type: none">• CPE (Certificate of Proficiency in English) livello eccellente C2	<ul style="list-style-type: none">• DELF (Diplôme d'Etude de Langue) livello intermedio avanzato B2
<ul style="list-style-type: none">• TOEFL (Test of English as a Foreign Language) livello medio - superiore	<ul style="list-style-type: none">• DALF (Diplôme Approfondi de la Langue Française) livello avanzato C1 – C2
<ul style="list-style-type: none">• IELTS (International English Language Testing System) livello medio - superiore	
<ul style="list-style-type: none">• Ovvero, altre certificazioni di conoscenza della lingua inglese di livello medio - superiore	<ul style="list-style-type: none">• Ovvero, altre certificazioni di conoscenza della lingua francese di livello medio - superiore

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 ASL di Cagliari, Via Piero della Francesca, 1, 09047 SELARGIUS, entro il termine perentorio del giorno

04.04.2013

Le domande potranno pervenire sia tramite posta che con consegna a mano 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 della ASL 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, la quale ha valenza di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, la eventuale certificazione o autocertificazione di ogni 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 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. in materia di documenti amministrativi.

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.

L'Amministrazione procederà all'istituzione dell'*Elenco aziendale di dipendenti della ASL Cagliari in qualità di componenti aggiunti delle commissioni di concorsi pubblici ai fini dell'accertamento della conoscenza delle lingue straniere Inglese e Francese* consistente in un elenco nominativo riportante le generalità ed i dati anagrafici dei dipendenti i quali possiedano i requisiti d'accesso, come specificati nel presente avviso, e che presenteranno domanda di iscrizione a suddetto elenco;

L'individuazione del dipendente iscritto nell'elenco, cui verrà, di volta in volta, richiesta la prestazione di verifica delle conoscenze delle lingue straniere Inglese e Francese da parte dei candidati, nell'ambito dei concorsi banditi da questa ASL, avverrà a rotazione.

La chiamata dal suddetto elenco sarà effettuata solo qualora la Commissione Esaminatrice del concorso non svolga autonomamente l'accertamento della conoscenza delle lingue straniere.

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.

Copia del presente avviso verrà pubblicato nel sito Web e nell'albo pretorio dell'Azienda.

Per informazioni rivolgersi alla S.C. Servizio del Personale, tel. 070 – 6093264/3267/3218.

IL DIRETTORE GENERALE

dott. Emilio Simeone

Servizio del Personale
Via Piero Della Francesca, 1
09047 Selargius
Cagliari

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ELENCO AZIENDALE DI DIPENDENTI DELLA ASL CAGLIARI IN QUALITA' DI COMPONENTI AGGIUNTI DELLE COMMISSIONI DI CONCORSI PUBBLICI AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DELLA CONOSCENZA DELLE LINGUE STRANIERE INGLESE E FRANCESE

- Esperto nella lingua Inglese
- Esperto nella lingua Francese

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____ Provincia di _____

il _____, Codice fiscale _____

residente in _____, (CAP _____), Via
_____, n. _____

e domiciliat__ per la procedura selettiva in _____ (CAP _____), Via
_____, n. _____ Tel. n. _____

Categoria _____

Profilo Professionale _____

Unità Operativa _____

Titolo di studio _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'”Elenco aziendale di dipendenti della asl Cagliari in qualità di componenti aggiunti delle commissioni di concorsi pubblici ai fini dell'accertamento della conoscenza delle lingue straniere Inglese e Francese” di cui alla delibera n. 399 in data 13.03.2013.

Ai sensi del d.lgs 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 alla presente procedura dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Si allegano: un curriculum formativo e professionale datato e firmato e la copia di un documento di identità in corso di validità.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del predetto d.lgs 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

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

1. _____

2. _____

3. _____

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, 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.

data e 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

1. La formazione, l'esperienza professionale e lavorativa riportata nel curriculum professionale allegato
2. _____
3. _____
4. _____

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, 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.

Si allega documento d'identità.

data e 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: *(elencare i documenti che si sono allegati in fotocopia)*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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, 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.

Si allega documento d'identità.

data e firma