

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

**AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N°2 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO DA DESTINARE AL P.O. SS.TRINITA' ( 1 POSTO) E AL P.O. BINAGHI (1 POSTO).**

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 03/ 11/ 2014**

In esecuzione della deliberazione n. 1303 del 26/09/2014 la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN per la copertura di n. 2 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Malattie dell'Apparato Respiratorio da destinare al P.O. SS.Trinità (1 posto) e al P.O. Binaghi (1 posto).

***Requisiti di partecipazione:***

- Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre Pubbliche Amministrazioni del Comparto Sanità, nel profilo oggetto della mobilità e che abbiano superato il periodo di prova.

I dipendenti interessati potranno presentare domanda in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilato su carta semplice (datato e firmato).

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL Cagliari – Servizio del Personale - Via Piero della Francesca, 1, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante) o tramite Posta Elettronica Certificata [protocollo.generale@pec.aslagliari.it](mailto:protocollo.generale@pec.aslagliari.it) **entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.**

Si precisa che la validità dell'invio tramite Pec è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopraindicato.

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

Un'apposita Commissione, nominata con proprio atto dal Direttore Generale, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio volto a valutare la professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle Aziende ed Enti di appartenenza.

Nell'ambito dell'esame dei titoli e dei curricula professionali dei partecipanti verrà valutato il possesso delle

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

sottoelencate competenze professionali:

**1) competenze professionali richieste per il P.O. SS.Trinità:**

- **Comprovata esperienza in assistenza ai malati Broncopneumatici maturata in ambiente di degenza ospedaliera con servizio di Pronto Soccorso;**
- **Comprovata esperienza nel campo della Pneumologia Endoscopica ed Interventistica, con riferimento in modo specifico alle patologie interstiziali ed alle patologie oncologiche polmonari;**

**2) competenze professionali richieste per il P.O. Binaghi:**

- **Comprovata esperienza in assistenza ai malati Broncopneumatici maturata in ambiente di degenza ospedaliera;**
- **Comprovata esperienza nel campo della Pneumologia Endoscopica ed Interventistica anche con riferimento alla patologie tumorali del torace.;**

Al termine della procedura la Commissione provvederà a trasmettere apposito verbale al Responsabile del procedimento il quale ne disporrà l'invio al Direttore Generale che, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di merito espressi nella stessa, stabilirà i nominativi degli interessati da dichiarare idonei e per i quali procedere alla chiamata per la copertura dei posti.

Ai soggetti individuati verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

**Si evidenzia che all'atto del trasferimento in entrata verranno riconosciute da questa Azienda unicamente le eventuali ferie non ancora godute dell'anno in corso; pertanto eventuali ferie arretrate andranno fruite prima della data fissata per il trasferimento.**

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

Il presente avviso verrà pubblicato in forma integrale sul sito aziendale [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it), sul quale verrà pubblicato anche lo schema di domanda e del modello di curriculum/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Ogni informazione potrà essere richiesta al Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/6093274, nella persona del Funzionario responsabile del procedimento Dott.ssa Alessandra Cauli.

Il Direttore Generale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, in presenza di motivi legittimi o di particolari ragioni senza che nei partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dr. Emilio Simeone)**

*FAC SIMILE DOMANDA*

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

Al Direttore Generale  
ASL di Cagliari  
- Servizio del Personale -  
Via Piero della Francesca, 1  
Loc. su Planu  
09047 Selargius (CA)

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

### CHIEDE

Di essere ammess\_\_\_\_\_, a partecipare alla Mobilità regionale ed interregionale tra Enti ed Aziende del Comparto del SSN, indetta per la copertura di n. 2 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Malattie dell'Apparato Respiratorio da destinare al P.O. SS.Trinità ( 1 posto) e al P.O. Binaghi (1posto).  
A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_ (specificare obbligatoriamente la disciplina riportata nel contratto individuale di lavoro) presso la seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_, con sede in....  
..... Via .....
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'ordine dei Medici;
- di essere stato assunto/a in data ..... e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Struttura/P.O./Servizio..... di.....;
- di essere attualmente titolare di incarico di ..... conferitomi dall'Azienda di appartenenza;

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)
  - pieno
  - parziale, con percentuale lavorativa al .....% , per n° .....ore settimanali;
- di avere effettuato negli ultimi tre anni n° ..... giorni di malattia;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
  - Sì (specificare per chi).....
  - No
- di essere disposto allo svolgimento di turni di lavoro e a prestare la propria attività anche in regime di pronta disponibilità, ovvero (specificare ipotesi contraria);
- Godimento benefici art. 79 D.Lgs.267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)
  - Sì  
.....
  - No
- di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare ipotesi contraria);
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/03;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( con formula di responsabilità ex art.76 DPR 445/00), datato e firmato.

Data, .....

Firma

\_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

(D.P.R. 445/2000)

<b>CURRICULUM</b>
-------------------

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**D I C H I A R A**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Titoli accademici e di studio conseguiti (ulteriori lauree, specializzazioni, master etc.)
- pubblicazioni e titoli scientifici  
(le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate)
- partecipazione a corsi, convegni, etc.

(Indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento)

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

(attestare dettagliatamente)

- servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_ presso (Ente) \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore , dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_ con rapporto \_\_\_\_\_ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/etc.) presso (Ente) \_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL n. 8, a seguito di controllo, 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 ATTO NOTORIO**

Allegato alla delibera n.

Allegato "A"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR445/00 delle  
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

< Di essere inquadrato presso la seguente P.A. nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

< che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € \_\_\_\_\_