

\*\*\*\*\*

**AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA PRE-CONCORSUALE PER LA  
COPERTURA DI POSTI DI DIRIGENTE MEDICO**

**Scadenza presentazione delle domande 22 MARZO 2010**

\*\*\*\*\*

In esecuzione della deliberazione n° 171 del 22/02/2010, la ASL di Cagliari intende attivare procedure di Mobilità pre-concorsuale Regionale ed Interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di:

N. 1 posto di Dirigente Medico nella disciplina **FARMACOLOGIA TOSSICOLOGIA CLINICA;**

Possono presentare domanda coloro i quali abbiano in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, presso altre amministrazioni, nel profilo suindicato 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, su carta semplice (datato e firmato) ed un certificato di servizio contenente i dati stipendiali.

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 Loc. Su Planu - 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il ventesimo giorno successivo la data di pubblicazione dell'estratto del presente avviso sui quotidiani regionali "L'Unione Sarda" e "La Nuova Sardegna". A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante. Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

**Si fa presente che non verranno prese in considerazione le domande di mobilità precedentemente inviate ed attualmente presenti agli atti dell'Azienda.**

Apposita Commissione, nominata dal Commissario Straordinario, 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 varie Aziende ed Enti di appartenenza.

Nell'ambito della valutazione dei titoli e curricula professionali dei partecipanti alla procedura in oggetto, verranno utilizzati i criteri di massima, di seguito elencati:

- Attività professionale svolta presso strutture ospedaliere territoriali o/e universitarie;
- Esperienza clinica farmacologica nella valutazione, interpretazione diagnostica e monitoraggio degli effetti terapeutici ed avversi dei farmaci;

Il Commissario Straordinario, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dal giudizio di merito espresso nella stessa, deciderà il nominativo dell'interessato per il quale procedere alla chiamata per la copertura del posto.

Verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Ente 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, per estratto sui quotidiani "L'Unione Sarda", e "La Nuova Sardegna" ed 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 – Loc. Su Planu -09047 – Selargius Tel. 070/609.3267.

Il Commissario Straordinario 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.

## **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**(Dr. Emilio Simeone)**

**Fac simile domanda** Al Commissario Straordinario  
della ASL di Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1 - Loc. su Planu  
09047 Selargius (CA)

\_\_l\_\_ 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 pre-concorsuale regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, indetta per la copertura di :

n° 1 posto di **Dirigente Medico – disciplina FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA.**

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 di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di \_\_\_\_\_ (specificare disciplina di inquadramento attribuita all'atto dell'incarico) presso la seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale;
- di essere stato assunto in data \_\_\_\_\_ e di aver superato il periodo di prova;

- di prestare servizio presso: Struttura/P.O./Servizio/\_\_\_\_\_;
- di essere attualmente titolare di incarico di \_\_\_\_\_ conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- 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
- Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)
  - Sì \_\_\_\_\_.
  - No
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- 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

- certificato di servizio con dati stipendiali
- Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, datato e firmato

Data, .....

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
(D.P.R. 445/2000)

## CURRICULUM

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 (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.**