ASLCagliari

# AVVISO PUBBLICO

## di procedura selettiva per il conferimento, ai sensi dell'art. 15 septies, d.lgs n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii., di un incarico triennale di Dirigente medico Responsabile della S.C. "Neurochirurgia"

L'Azienda ASL di Cagliari, in esecuzione della deliberazione del Commissario straordinario n. 1140 del 10.11.2010, intende procedere alla stipula di un contratto a tempo determinato per il conferimento dell'incarico di Dirigente medico Responsabile della S.C. Neurochirurgia di questa A.S.L.. La procedura è aperta a laureati in Medicina e chirurgia con in possesso della specializzazione in Neurochirurgia e discipline equipollenti.

I requisiti generali e specifici richiesti sono i seguenti :

1. cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
2. godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
3. non aver riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso e non aver subito condanne che comportino l'interdizione dai pubblici uffici;
4. 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;
5. posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva;
6. ai fini della presente procedura di essere in possesso di:
   - diploma di laurea in Medicina e chirurgia;
   - specializzazione nella disciplina di Neurochirurgia e discipline equipollenti;

- esperienza professionale lavorativa di almeno dieci anni nell'ambito dei servizi dedicati alla Neurochirurgia (di cui almeno cinque in funzioni dirigenziali apicali svolti nelle Aziende Sanitarie) e comprovata esperienza nella gestione delle urgenze ed emergenze neurochirurgiche ed ampia casistica nel campo della neurochirurgia oncologica – vascolare ovvero possesso di una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro.

  Il candidato deve possedere una comprovata professionalità ed esperienza funzionale coerente con l'incarico da ricoprire;

La domanda, datata e firmata, redatta secondo l'apposito fac-simile allegato (allegato A), dovrà essere inviata al Commissario straordinario Azienda ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca n° 1, 09047 Selargius; a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento o presentata direttamente all'Ufficio Protocollo Generale della Sede Amministrativa dell'Azienda.

Le domande dovranno essere presentate entro il termine di 15 gg. dalla data di pubblicazione di apposito avviso sull'Albo ufficiale dell'Azienda e sul sito internet aziendale www.aslcagliari.it.

Alla domanda dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, con autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso, nonché la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità. Per i diplomi di laurea equipollenti dovrà essere dimostrata la predetta equipollenza da parte del candidato.

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.

Si vedano gli allegati B, C e D.

L'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze degli aspiranti sarà effettuato dalla Direzione Aziendale (eventualmente anche per mezzo di apposita commissione), la quale, dopo aver accertato il possesso dei requisiti dei candidati e dopo aver valutato i curricula presentati, procederà all'individuazione del candidato cui conferire l'incarico.

Qualora la Direzione Aziendale lo riterrà opportuno potrà procedere all'accertamento della qualificazione professionale e delle competenze richieste agli aspiranti anche attraverso un colloquio diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato.

Il contratto a tempo determinato verrà stipulato con il Commissario straordinario dell'Azienda ASL di Cagliari, previa acquisizione della documentazione di rito, avrà durata di 3 anni. il trattamento economico sarà determinato in coerenza con i contratti collettivi della Dirigenza del S.S.N. vigenti al momento.

Il Commissario straordinario dell'Azienda ASL di Cagliari si riserva la facoltà di sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento.

Per informazioni e per ricevere copia del presente avviso, rivolgersi all'ASL Cagliari, Via Pier della Francesca n. 1, 09047 Selargius (CA), tel. 0706093849.

Il presente avviso sarà pubblicato sul sito www.aslcagliari.it.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(dott. Emilio Simeone)

ASLCagliari

ALLEGATO A

Al Commissario straordinario dell'Azienda
ASL di Cagliari, Via Pier della Francesca 1
09047 Selargius (CA)

Il/la sottoscritto/a.....

c h i e d e

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di
.....
Dichiara sotto la propria responsabilità:
- di essere nato/a a.....il.....
- di essere residente a.....CAP.....
Via/Piazza.....n.....tel.....
- di essere cittadino/a italiano/a o equivalente;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....(se cittadino italiano)*1
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso *2
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e professionali:
.....
.....
.....
.....
- di essere iscritto all'albo professionale (ove richiesto).....
- di trovarsi nelle seguenti condizioni rispetto agli obblighi militari:
.....
- di aver prestato i seguenti servizi:
(gli eventuali servizi presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti d'impiego);
- di aver un'adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli Stati membri dell'U.E.);
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali ai fini della Legge 196/03
- di eleggere domicilio agli effetti del concorso in
.....

Data

Firma

* 1) Indicare eventualmente i motivi della mancata iscrizione
* 2) Dichiarare le eventuali condanne penali riportate

ALLEGATO B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
(Artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____
nato/a il_____a_____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**dichiara**

che le copie fotostatiche dei sotto elencati documenti sono conformi agli originali:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allegati n. ___

Data_____

IL/LA DICHIARANTE

ASLCagliari

ALLEGATO C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____
nato/a
il_____a_____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**dichiara**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data_____

IL/LA DICHIARANTE

ASLCagliari

ALLEGATO D

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
(Art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____
nato/a il_____a_____
a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**dichiara**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data_____

IL/LA DICHIARANTE