ASLCagliari

2212
16 DIC. 2013

ALLEGATO 2

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE PARTECIPAZIONE

ASL n° 8 – CAGLIARI

AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO TRIENNALE DI DIRIGENTE MEDICO - RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE " RADIOLOGIA D'URGENZA" NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA COMPLESSA " RADIOLOGIA P.O. SS. TRINITÀ" AFFERENTE AL DIPARTIMENTO IMMAGINI.

In esecuzione della deliberazione n. _____ del _____ adottata dal Direttore Generale, ai sensi del vigente CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, è

INDETTA SELEZIONE INTERNA

per il conferimento di

n. 1 incarico triennale di Dirigente Medico - Responsabili della Struttura semplice " Risonanza Magnetica" nell'ambito della Struttura Complessa " Radiologia P.O. SS. Trinità" afferente al Dipartimento Immagini.

ART. 1

MODALITA' DI SELEZIONE

Tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 28, CCNL del 08.06.2000 relativo all'Area della Dirigenza medica e veterinaria del SSN, in attuazione di quanto previsto dall'art. 15 ter, D.Lgs. n° 502/1992 e succ. mod. ed int. e nel rispetto del vigente Regolamento aziendale, per stabilire l'idoneità dei dirigenti interessati ed al fine dell'affidamento dell' incarico, l'Azienda acquisisce e valuta le candidature correlandole alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi ed alla complessità dell' incarico da conferire.

Le funzioni e gli obiettivi della Struttura Semplice oggetto della presente selezione sono elencati nell'apposito Allegato 1.

L'Azienda, nell'affidamento dell' incarico ed in relazione alla natura dello stesso, prenderà in considerazione, sulla base delle dichiarazioni rese dal candidato e della documentazione prodotta dallo stesso:

- il profilo e la disciplina di appartenenza;
- le attitudini personali, capacità e competenze professionali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi di natura gestionale e/o professionale svolti anche in altre Aziende ed Enti del SSN o del SSR, ovvero esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;

- in particolare, secondo quanto meglio esemplificato nel successivo art. 5, saranno, inoltre, oggetto di valutazione:
  - l'attività di servizio nel profilo e nella disciplina maturata in Aziende ed Enti del SSN o in altre amministrazioni pubbliche. Si precisa che non producono anzianità di servizio e non sono computabili a tale fine, i periodi di attività lavorativa svolta in base ad incarichi individuali, conferiti dalle amministrazioni pubbliche, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, previsti e disciplinati dall'art. 7, 6° co e ss., D.Lgs. n° 165/2001 e ss.mm.ii.;
  - le tipologie quali quantitative delle prestazioni svolte;
  - l'attività di studio, di aggiornamento, formazione e docenza;
  - gli incarichi di cui il candidato è stato o è titolare;
  - l'attività scientifica;
  - l'esito delle eventuali valutazioni conseguite dal dirigente.

Il suddetto elenco non è esaustivo ed il candidato, in relazione alle funzioni ed obiettivi propri dell' incarico oggetto del presente avviso, può indicare gli ulteriori titoli che ritenga rilevanti ai fini della valutazione. Tali titoli dovranno essere prodotti, esclusivamente, nelle forme indicate nel successivo art. 5 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazione sostitutiva di atto notorio).

L'ordine dei suddetti elementi di valutazione non determina rapporti di gerarchia o elementi di prevalenza o di preferenza tra gli stessi.

Nel rispetto dei principi di cui al presente articolo e tenuto conto della natura e delle funzioni della struttura di cui trattasi, il **Direttore della Struttura complessa "Radiologia" del P.O. SS. Trinità** afferente al Dipartimento Immagini, svolgerà la selezione basandosi sulla valutazione dei suddetti elementi, e provvederà, con idonea motivazione, ad elaborare una proposta per il Direttore Generale che provvederà ad attribuire l'incarico .

Il Direttore generale individuerà il dirigente cui conferire l' incarico.

L'Amministrazione si riserva, a sua discrezione, la possibilità di invitare i candidati a sostenere un colloquio ad integrazione della valutazione effettuata sulla base dell'esame della documentazione dagli stessi inviata.

L'affidamento e la decorrenza dell' incarico avverrà attraverso la stipula del relativo contratto individuale di lavoro secondo quanto previsto dal successivo art. 7.

ART. 2
REQUISITI DI AMMISSIONE

Ai fini dell'ammissione alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

a) essere dipendente della ASL n°8 di Cagliari con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato disciplinato dal CCNL dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria del SSN:
   - nel profilo di Dirigente medico;
   - nella disciplina di Radiodiagnostica o in disciplina equipollente;
   - con rapporto di lavoro esclusivo;

b) essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di Radiodiagnostica o disciplina equipollente maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.

ART. 3
ESCLUSIONI

La mancanza dei requisiti richiesti costituisce motivo di esclusione dalla selezione.

ART.4
PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di ammissione alla selezione dovrà essere presentata **utilizzando l'apposito fac simile** allegato al presente avviso.
La domanda dovrà essere redatta in carta semplice.
Ai sensi degli art. 46 e 47 , DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int., gli aspiranti, premessa la dichiarazione di consapevolezza delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n°445/00, debbono dichiarare quanto segue, sotto la propria responsabilità ed a pena di esclusione:

1. cognome, nome, data, luogo di nascita;
2. la residenza, con l'esatta indicazione del numero di codice di avviamento postale, nonché un recapito telefonico;
3. il possesso della cittadinanza italiana;
4. il godimento dei diritti civili e politici, indicando il Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
5. di non aver riportato condanne penali ovvero le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale);
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero i carichi penali pendenti di cui si è a conoscenza;
7. di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente medico;
8. di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 53, D.Lgs. 30.03.2001, n. 165 e ss.mm.ii;
9. il possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, della iscrizione all'Ordine dei Medici, della specializzazione nella disciplina in Radiodiagnostica o in disciplina equipollente ovvero di non essere in possesso di diploma di specializzazione;
10. di essere in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione come meglio specificati nell'apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa al possesso dei requisiti di ammissione;
11. di aver allegato alla domanda le dichiarazioni rese ai termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. indicate nel successivo art. 5, sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nella singola dichiarazione;
12. di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio il certificato di servizio;
13. di aver/non aver maturato altri periodi di servizio presso enti del SSN oltre a quelli elencati nel suddetto certificato di servizio della ASL n° 8, che sarà acquisito d'ufficio;

14. il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n° 196/03).
15. il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta pervenire ogni necessaria comunicazione e l'impegno a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto 2) del presente articolo.

L'omissione delle dichiarazioni di cui ai precedenti punti n. 5 e n. 6 della domanda di ammissione sarà considerata come il non aver riportato condanne penali e/o il non avere carichi penali pendenti, fatto salvo il successivo accertamento d'ufficio della veridicità della dichiarazione.

ART. 5
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Ai sensi del DPR n° 445/2000 e ss.mm.ii. e come da ultimo modificato dall'art. 15, della L.12/11/2011, n°183, "*Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni e Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)*", al disposto normativo consegue, pertanto, che:

- **alle Amministrazioni pubbliche è fatto divieto** di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza;
- nei rapporti con gli organi della Pubblica amministrazione, **i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà di cui agli articoli 46 e 47, DPR n° 445**.

Alla luce di quanto disposto dalle suddette norme di legge vigenti, alla domanda di partecipazione alla selezione, che è formulata, nella forma della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, **i candidati non possono allegare certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza**.
Si precisa, ulteriormente, che qualora il candidato alleghi alla domanda di ammissione certificati in originale o in copia autenticata, **per l'Azienda sussiste il divieto di accettarli e l'eventuale accettazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio**, a termini dell'art. 74, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. Pertanto, le informazioni ed i dati contenuti nelle suddette certificazioni eventualmente allegate alla domanda **non saranno presi in considerazione a nessun fine.**

Il candidato dovrà prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio dal servizio personale della ASL 8 il certificato relativo ai servizi prestati dallo stesso.

Si precisa che **qualora il certificato emesso dal Servizio personale della ASL 8 non includa eventuali periodi di servizio prestati presso altri enti del SSN, il candidato dovrà allegare alla domanda l'apposita dichiarazione di cui Allegato A** al presente avviso.

I candidati **dovranno**, invece, allegare alla domanda di ammissione:

A. le seguenti dichiarazioni, rese a termini degli artt.46 e 47 DPR n° 445, redatte utilizzando gli appositi fac - simile allegati al presente avviso, **sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nel fac simile della singola dichiarazione:**

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai periodi di servizio prestati nel profilo a selezione presso Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio **non risultanti dal certificato di servizio rilasciato dalla ASL n° 8 (Allegato A), indicando, per ciascun periodo:**
   a) la denominazione completa dell'Azienda/ Ente del SSN presso cui il servizio è stato prestato;
   b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite, la disciplina o la struttura organizzativa nella quale il servizio è stato prestato;
   c) le date iniziali e terminali del relativo periodo di attività;
   d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
   e) la circostanza che il servizio sia stato prestato con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo precisando i periodi;
   f) la circostanza che la prestazione è stata svolta a tempo pieno/a tempo parziale/a tempo definito con indicazione, in tali ultime due ipotesi, dell'orario di lavoro prestato;
   g) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio *ovvero* di non aver fruito, nel corso del singolo periodo di servizio, di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
   h) le cause di risoluzione dei singoli rapporti di lavoro.
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate da altre Pubbliche amministrazioni, non ricomprese nell'ambito del Comparto del SSN, presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione (**Allegato B**), **indicando, per ciascun periodo:**
   a) la denominazione completa della Pubblica amministrazione presso cui il servizio è stato prestato;
   b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite e l'eventuale disciplina nella quale il servizio è stato prestato;
   c) la data iniziale e terminale del relativo periodo di attività;
   d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
   e) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio *ovvero* di non aver fruito nel corso del singolo periodo di servizio di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
   f) le cause di risoluzione del singolo rapporto di lavoro.
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali o di struttura semplice o di struttura complessa o di Dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio (**Allegato C**), con indicazione:
   a) della denominazione del singolo incarico;
   b) della denominazione completa dell'Azienda/Ente del SSN che ha conferito l'incarico, della sede e dell'allocazione dello stesso nell'ambito dell'organizzazione aziendale;

c) del periodo (gg/mm/aa iniziale e finale) di svolgimento del singolo incarico;

d) degli eventuali esiti delle valutazioni concernenti il singolo incarico.

6. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni (**Allegato D**) allegate alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori. Le pubblicazioni, per essere oggetto di valutazione, devono essere sempre allegate in originale o secondo la forma sopraindicata.

7. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte (**Allegato E**), tra cui, a titolo esemplificativo,:

   a) soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in strutture italiane o estere con indicazione, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza, della denominazione completa della struttura, del periodo di frequenza della stessa (gg/mm/aaaa), della finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento;

   b) partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari etc, con indicazione, per ogni corso, congresso, convegno e seminario etc...: dell'organizzatore, del titolo dell'evento, del luogo e della/e data/e di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo ai corsi/seminari, se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale;

8. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza (**Allegato F**) svolte presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'AA/AS, delle materie insegnate e delle ore di insegnamento;

9. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**Allegato G**), (diplomi di laurea, diplomi di specializzazione, etc...) con indicazione dell'Università presso cui è stato acquisito, della data del conseguimento e della durata legale del corso di studi;

B. dichiarazione, resa in carta semplice e sottoscritta dal candidato, relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti al posto a selezione (**Allegato H**), con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali prestazioni sono state effettuate;

C. **copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.**

Poiché le amministrazioni pubbliche sono tenute a verificare le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di acquisire tutti i dati e i documenti oggetto di dichiarazione che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, **è indispensabile che il candidato, indichi in maniera completa gli elementi indispensabili, richiesti ed indicati nel testo delle diverse dichiarazioni, per l'individuazione della Pubblica Amministrazione presso cui operare la richiesta di verifica, in quanto depositaria delle informazioni oggetto di dichiarazione.**

ART. 6
INVIO DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate alla ASL n° 8 di Cagliari – S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della

Francesca, 1 – Loc. Su Planu - 09047 Selargius (CA), esclusivamente a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento: a tal fine farà fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

Il termine per la presentazione delle domande scadrà il 10° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sull'albo aziendale.

Al fine di assicurare opportuna diffusione, il presente avviso sarà pubblicato sul sito web aziendale, dove verrà indicato il termine di scadenza per l'invio delle domande.

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

Con riferimento alle domande pervenute, farà fede la data risultante dal timbro postale di spedizione e saranno comunque ammesse solo quelle pervenute all'Azienda entro 8 giorni successivi la data di scadenza del bando.

Non saranno esaminate le domande inviate oltre i termini di scadenza come sopra determinati.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per mancata restituzione dell'avviso di ricevimento in caso di spedizioni per raccomandata.

ART. 7
TRATTAMENTO GIURIDICO/ECONOMICO

Come previsto dall'art. 13, CCNL Area Dirigenza medica e veterinaria del SSN, sottoscritto in data 08/06/2000 e ribadito dall'art. 4, CCNL sottoscritto in data 06/05/2010, l'incarico sarà conferito a seguito di sottoscrizione del relativo contratto individuale di conferimento dello stesso e con la decorrenza ivi indicata.

Il trattamento giuridico ed economico dell'incarico affidato è quello previsto dai CC.CC.NN.LL. nel tempo vigenti per le Aree di contrattazione della dirigenza del SSN, da corrispondere con cadenza mensile.

La retribuzione di posizione connessa all'incarico è determinata, ai sensi dell'art. 15, comma 1, D. lgs. 502/1992 e, per l'area della Dirigenza medica e veterinaria del SSN, dell'art. 51, commi 1 e 2 del CCNL 05/12/1996 come integrato dall'art. 26 del CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, comma 9 CCNL 03/11/2005 e come confermato dall'art. 6 del CCNL 17/10/2008, sulla base del sistema aziendale di graduazione delle funzioni dirigenziali, vigente alla data di sottoscrizione del presente contratto, in relazione al "peso" attribuito all'incarico assegnato in conformità a tale sistema.

Non avendo ancora avuto completa applicazione il nuovo sistema di pesatura previsto dal nuovo regolamento aziendale per la graduazione degli incarichi, il contratto determinerà il peso dell'incarico in oggetto in via provvisoria.

Il peso dell'incarico potrà essere rideterminato, anche prima della scadenza dello stesso, a seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali e sulla base di quanto da quest'ultimo stabilito.

A seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali la retribuzione di posizione potrà essere confermata o rideterminata in conformità col "peso" attribuito all'incarico, secondo quanto stabilito dal medesimo sistema. La conferma o variazione del peso attribuito all'incarico e della conseguente e correlata retribuzione di posizione saranno oggetto di specifica comunicazione al dirigente.

La decorrenza dell'incarico, le modalità e le condizioni che regolano il rapporto di lavoro saranno stabilite in sede di stipula del contratto individuale di conferimento dell'incarico che, previa acquisizione della documentazione necessaria, dovrà essere sottoscritto, a termine dell'art. 24, co. 6°, CCNL

03/11/2005, ed a pena di decadenza, entro 30 giorni dal ricevimento di apposita comunicazione aziendale di conferimento dell'incarico.

ART. 8
MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AVVISO

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto o in parte, modificare o ritirare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli interessati, del relativo provvedimento.

ART.9
TUTELA DELLA PRIVACY

Al fine di dar corso alla selezione sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale, nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale.

Tali dati sono finalizzati a valutare in via preliminare l'idoneità all'incarico proposto, per poter dar corso al successivo colloquio finalizzato alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate come meglio e più specificamente precisato successivamente nel presente bando.

I trattamenti dei dati saranno effettuati anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati personali.

Qualora il candidato non sia disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesta dal presente avviso, non si potrà effettuare il processo selettivo nei suoi confronti.

I dati risultanti da ciascuna domanda di partecipazione alla selezione e dalla documentazione alla stessa allegata potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

ART. 10
ACCESSO AGLI ATTI DELLA SELEZIONE E PUBBLICITA'

L'accesso alla documentazione attinente la presente selezione sarà consentito a conclusione del procedimento stesso.

Gli obblighi di pubblicità nei confronti di tutti i partecipanti alla procedura selettiva saranno assolti con la pubblicazione sul sito internet aziendale della deliberazione di presa d'atto del verbale e di conferimento dell'incarico.

ART. 11
NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Ogni ulteriore informazione o copia dell'avviso potranno essere richieste alla S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu – 09047 Selargius (CA). Tel. 070/6093288 o sul sito www.aslcagliari.it.

Il Direttore Generale
Dott. Emilio Simeone

FAC SIMILE DOMANDA

Alla ASL n° 8 di Cagliari
UOC Servizio Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale -
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

__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 ammess__ a partecipare alla selezione interna per il conferimento di n. 1 incarico triennale di Dirigente Medico - Responsabili della Struttura semplice " Risonanza Magnetica" nell'ambito della UOC "Radiologia" del P.O. SS. Trinità afferente al Dipartimento Immagini.

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 D.P.R. 445/00, dichiara (*barrare le singole caselle*):

- ☐ di essere cittadino _____;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici essendo iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto/di essere stato cancellato dalle liste elettorali in quanto _____;
- ☐ di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;
- ☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali pendenti _____;
- ☐ di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente medico;
- ☐ di essere in possesso del diploma di Laurea in _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/___/_____;
- ☐ di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei _____ di _____, dal ___/___/____ al __/__/____, al n° _____;
- ☐ di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____o del diploma di specializzazione equipollente in _____, conseguito presso _____ in data ____/___/_____ ovvero di non essere in possesso del diploma di specializzazione;
- ☐ di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio il proprio certificato di servizio;
- ☐ di aver/non aver maturato altri periodi di servizio presso enti del SSN oltre a quelli elencati nel suddetto certificato di servizio della ASL n° 8, che sarà acquisito d'ufficio;
- ☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione:
  - ☐ di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della ASL n° 8 di Cagliari:
  - ☐ nel profilo di Dirigente medico ;

- ☐ nella disciplina di Radiodiagnostica o in disciplina equipollente;
- ☐ con rapporto di lavoro esclusivo;
- ☐ di essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente medico nella disciplina di Radiodiagnostica o disciplina equipollente maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.

☐ di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità prevista dall'art. 53, D.Lgs 30.03.2001, n° 165 e ss.mm.ii *ovvero* di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità _____;

☐ di accordare il consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/03, affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Essendo a conoscenza del divieto per le Amministrazioni pubbliche di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza previsto dal DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. e come da ultimo modificato dall'art. 15 della L. 12/11/2011, n°183, si allegano alla domanda le seguenti dichiarazioni, rese ai termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int., previste nell'art. 5 dell'avviso di selezione e precisamente (*barrare le dichiarazioni allegate alla domanda di partecipazione*):

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciata dalle Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione non ricompresi nel certificato di servizio rilasciato dalla ASL n° 8 **(Allegato A)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni non ricomprese nel comparto del SSN **(Allegato B)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali o di struttura semplice o di struttura complessa o di Dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio **(Allegato C)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni allegate alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori **(Allegato D)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte **(Allegato E)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza svolte **(Allegato F)**;

☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio **(Allegato G)**;

☐ dichiarazione, resa in carta semplice e sottoscritta dal candidato, relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti al posto a selezione, con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali prestazioni sono state effettuate **(Allegato H)**.

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al seguente indirizzo: _____.

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA _____ FIRMA _____

Si allegano alla presente domanda :

- n. 1 copie dell'elenco della documentazione presentata
- **n. 1 fotocopia di un documento di identità in corso di validità**

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
RELATIVE AI SERVIZI PRESTATI PRESSO AZIENDE/ENTI DEL SSN
NON RISULTANTI NEL CERTIFICATO DI SERVIZIO RILASCIATO DALLA ASL N° 8 DI CAGLIARI
(DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat_ per la procedura selettiva in _____ (CAP_____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____, 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 D.P.R. 445/00,

DICHIARA

A. che, oltre all'anzianità di servizio risultante dalle certificazioni rilasciate dalla ASL n° 8 di Cagliari, il sottoscritto ha maturato ulteriore anzianità di servizio presso le seguenti Aziende o Enti del SSN *(compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti)* :

1. ASL/Azienda Ospedaliera/Ente del SSN _____ *(specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);*
   a. dal_____ al_____
   b. nel profilo di _____
   c. nella disciplina di _____ *ovvero* nella disciplina equipollente di _____;
   d. presso la struttura operativa denominata _____;
   e. con rapporto di lavoro:
      ☐ a tempo indeterminato *ovvero* ☐ a tempo determinato;
      ☐ a tempo pieno *ovvero* ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario _____ *(da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/definito)*
   f. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

2. ASL/Azienda Ospedaliera/Ente del SSN _____ *(specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);*
   a. dal_____ al_____
   b. nel profilo di _____
   c. nella disciplina di _____ *ovvero* nella disciplina equipollente di _____;
   d. presso la struttura operativa denominata _____;
   e. con rapporto di lavoro:
      ☐ a tempo indeterminato *ovvero* ☐ a tempo determinato;
      ☐ a tempo pieno *ovvero* ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario _____ *(da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale definito)*
   f. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

3. ASL/Azienda Ospedaliera/Ente del SSN _____
(*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);*

   a. dal_____ al_____

   b. nel profilo di _____

   c. nella disciplina di _____ *ovvero* nella disciplina equipollente di _____;

   d. presso la struttura operativa denominata _____;

   e. con rapporto di lavoro:

      ☐ a tempo indeterminato *ovvero* ☐ a tempo determinato;

      ☐ a tempo pieno *ovvero* ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario _____ (*da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale definito*)

   f. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

B. che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato sopra dichiarati:

☐ è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal _____ al_____(*indicare gg/mm/aa*)

ovvero

☐ non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

C. che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente *ovvero* _____

D. che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non è stato destituito o dispensato dall'impiego *ovvero* _____.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESTATI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESE NEL COMPARTO DEL SSN

(DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la procedura selettiva in _____ (CAP_____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____

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 d.p.r. 445/00,

DICHIARA

A. di aver prestato servizio nel profilo a selezione presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN (*compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti*):

1. Ente _____ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);*
   a. dal_____ al_____
   b. nel profilo di _____
   c. nella Disciplina di _____ *ovvero* nella disciplina equipollente di _____;
   d. con rapporto di lavoro:
      i. a tempo indeterminato *ovvero* □ a tempo determinato;
      ii. a tempo pieno *ovvero* □ a tempo parziale *ovvero* □ a tempo definito con impegno orario _____ (*da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito*)
   e. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

2. Ente _____ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);*
   a. dal_____ al_____
   b. nel profilo di _____
   c. nella Disciplina di _____ *ovvero* nella disciplina equipollente di _____;
   d. con rapporto di lavoro:
      i. a tempo indeterminato *ovvero* □ a tempo determinato;
      ii. a tempo pieno *ovvero* □ a tempo parziale *ovvero* □ a tempo definito con impegno orario _____ (*da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito*)

che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

B. che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:

□ è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal _____ al_____(*indicare gg/mm/aa*)

ovvero

□ non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

C. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente *ovvero* _____

D. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non è stato destituito o dispensato dall'impiego *ovvero* _____.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI IN AZIENDE O ENTI DEL SSN
(DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a a _____, (Prov. __), il _____

residente in _____, C.A.P. _____, (Prov. __), Via _____ n°__,

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

(N.B: compilare il singolo schema che segue per ogni incarico di cui si è/si è stati titolari)

1) di essere/essere stato titolare, a tempo determinato:

- ☐ dell'incarico di _____ (*specificare: Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico professionale*);
- ☐ denominato _____,
- ☐ con decorrenza dal__/___/_____ e fino al __/___/_____
- ☐ nel profilo di _____ e nella disciplina di _____;
- ☐ presso _____ (specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- ☐ e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione _____;

2) di essere/essere stato titolare, a tempo determinato.:

- ☐ dell'incarico di _____ (*specificare: Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico professionale*);
- ☐ denominato _____,
- ☐ con decorrenza dal__/___/_____ e fino al __/___/_____
- ☐ nel profilo di _____ e nella disciplina di _____;
- ☐ presso _____ (specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- ☐ e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione _____;

OVVERO

☐ di non essere mai stato titolare di incarico.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

RELATIVA ALLA CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE

(DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell' art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a a _____, (Prov.__), il _____

residente in _____, C.A.P. _____, (Prov.__), Via _____ n°__,

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

che la fotocopia delle pubblicazioni di cui all'allegato elenco è conforme all'originale di cui è in possesso il soggetto indicato a margine di ciascuna di esse.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO D ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE IN COPIA

N.	TITOLO	AUTORE / AUTORI	ESTREMI DELLA PUBBLICAZIONE	ORIGINALE IN POSSES DI

ALLEGATO E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E DI FORMAZIONE. (DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.
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

DICHIARA

- Di aver effettuato i seguenti soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti strutture italiane o straniere (indicare, per ciascun periodo di soggiorno/addestramento/frequenza: denominazione completa della struttura, periodo di frequenza della stessa, finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE HA ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	FINALITA' DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari etc...(specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario etc...: l' organizzatore, il titolo, il luogo e le date di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo, ai corsi/seminari se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO F

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI DOCENZA

(DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

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 aver svolto attività didattica presso *(compilare i moduli seguenti per ciascuna attività di docenza svolta)*:

1. Ente/Azienda _____ (*specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario);*
   a. A.A./A.S. _____
   b. nel corso di studi _____ per il conseguimento di _____
   c. nella materia _____ per n°___ h. annuali;
2. Ente/Azienda _____ (*specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario);*
   a. A.A./A.S. _____
   b. nel corso di studi _____ per il conseguimento di _____
   c. nella materia _____ per n°___ h. annuali;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO G

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO RELATIVA AL POSSESSO DI ULTERIORI TITOLI DI STUDIO (DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell' art. 46 , D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

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 dell'ulteriore diploma di Laurea in _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/___/_____, la durata legale del corso è di _____anni;

□ di essere in possesso dell'ulteriore diploma di specializzazione in _____

conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/___/_____, la durata legale del corso è di _____anni;

□ di essere in possesso dell'ulteriore e seguente titolo di studio _____

conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/___/_____, la durata legale del corso è di _____anni;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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 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.**

ALLEGATO H

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA TIPOLOGIA QUALI QUANTITATIVA DELLE PRESTAZIONI SVOLTE

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la procedura selettiva in _____ (CAP_____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____

D I C H I A R A

1. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal sottoscritto,
   a. nel periodo dal__/__/____ al __/__/____;
   b. presso la struttura operativa _____(*indicare denominazione struttura*) di _____ (*indicare denominazione Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa*);
   c. sono le seguenti:_____
   _____
   _____
   _____
   _____

2. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal sottoscritto,
   a. nel periodo dal__/__/____ al __/__/____;
   b. presso la struttura operativa _____(*indicare denominazione struttura*) di _____ (*indicare denominazione Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa*);
   c. sono le seguenti:_____
   _____
   _____
   _____
   _____

Cagliari,_____ Il Dichiarante _____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 2212 DEL 16 DIC. 2013
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

ASLCagliari
Il presente allegato è composto da n. 22 fogli di n. 22 pagine
Il Responsabile della U.O.C.
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Dott.ssa Savina Ortu