

21 FEB. 2014

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

RIAPERTURA TERMINI AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N°8 POSTI NEL PROFILO DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI MEDICINA INTERNA DA DESTINARE ALLA S.C. DI MEDICINA INTERNA DEL P.O. SAN MARCELLINO (3 POSTI), ALLA S.C. DI MEDICINA INTERNA DEL P.O. SS. TRINITA' (3 POSTI) E ALLA S.C. DI MEDICINA DEL P.O. SAN GIUSEPPE DI ISILI (2 POSTI).

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE:

In esecuzione della deliberazione n° del la ASL di Cagliari intende riaprire i termini relativi alla procedura di mobilità regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di n°8 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Interna, indetta con delibera aziendale n. 721 del 29/04/2013, da destinare alla S.C. di Medicina Interna del P.O. San Marcellino di Muravera (3 posti), alla S.C. di Medicina Interna del P.O. SS. Trinità (3 posti) e alla S.C. di Medicina del P.O. San Giuseppe di Isili (2 posti).

Possono partecipare coloro i quali abbiano attualmente in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre Amministrazioni del SSN, 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 – 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.aslcagliari.it entro il **quindicesimo 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.

Le domande presentate entro il 17/05/2013, termine di scadenza del precedente avviso, sono valide a tutti gli effetti. E' facoltà dei candidati interessati presentare, entro la nuova data di scadenza, eventuale ed ulteriore documentazione ad integrazione di quella già inoltrata.

Un'apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio volto a valutare la

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle Aziende ed Enti di appartenenza.

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

- **Comprovata esperienza nella gestione delle urgenze;**
- **Comprovata esperienza nell'esecuzione delle più usuali manovre diagnostiche ultrasoniche ed invasive.**

Il Direttore Generale, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di merito espressi nella stessa, deciderà i nominativi degli interessati 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, 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 Funzionario responsabile del procedimento, Dott.ssa Alessandra Cauli, presso il Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/6093274.

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.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Emilio Simeone)

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

FAC SIMILE DOMANDA

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

Il 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 riapertura dei termini della procedura di Mobilità regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto SSN, indetta per la copertura di n.8 posti nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Interna da destinare alla S.C. di Medicina Interna del P.O. San Marcellino di Muravera (3 posti), alla S.C. di Medicina Interna del P.O. SS.Trinità (3 posti) e al P.O. San Giuseppe di Isili (2 posti).

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 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 A pag. n. 3

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella che interessa)
 - 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 che interessa)
 - 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

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

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

DICHIARA

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.**

ALLEGATO A pag. n. 5

Allegato alla delibera n°

ALLEGATO "A"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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 € _____

Il presente allegato è com-
posto da n° 6 fogli
di n° 6 pagine.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 200 DEL 21 FEB. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Sirelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)