

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE PARTECIPAZIONE
--

570

14 MAG. 2015

ASL n° 8 – CAGLIARI

AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO TRIENNALE DI DIRIGENTE MEDICO – RESPONSABILE DELLA STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE “ANESTESIA PEDIATRICA” AFFERENTE AL DIPARTIMENTO PEDIATRICO E MALATTIE RARE DEL P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO (OSPEDALE DEL BAMBINO).

In esecuzione della deliberazione n. _____ del _____ adottata dal Commissario Straordinario, ai sensi del vigente CCNL dell'Area relativa alla Dirigenza Medico – Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, è

INDETTA SELEZIONE INTERNA

per il conferimento di

n. 1 incarico triennale di Dirigente Medico – responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale “Anestesia Pediatrica” afferente al Dipartimento pediatrico e delle malattie rare del P.O. Pediatrico Microcitemico (Ospedale del bambino) .

ART.1**MODALITA' DI SELEZIONE**

Tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 28, CCNL del 08.06.2000 relativo all'Area della Dirigenza Medico – Veterinaria , 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 della SSD indicate nell' Allegato alla delibera n° 67 del 24/01 /2014, e sono le seguenti : svolge attività e processi diagnostici e terapeutici per pazienti pediatrici che necessitano di interventi propri della disciplina e, nel rispetto delle reciproche ed esclusive competenze, collabora con la UOC di Anestesia e Rianimazione del P.O. Businco a cui è demandato il ricovero e l'assistenza di pazienti pediatrici in condizioni critiche. Nell'ambito della UO sono erogate , tra le altre, le seguenti attività e prestazioni: anestesia generale e loco regionale per la Chirurgia pediatrica , sedazione ed anestesia per il servizio di radiologia pediatrica, l'UO di medicina nucleare, l'UO di radioterapia , l'UO di ginecologia , fisiopatologia della riproduzione e medicina materno fetale, ambulatorio procedurale presso la UOC Oncoematologia pediatrica, Cateterismo vascolare , Gestione avanzata delle vie respiratorie, Analgesia pediatrica.

Gli obiettivi generali connessi all' incarico in discorso, sono individuati nei seguenti:

- a) proposta nel quadro delineato dalla DGR n° 42/45 del 16/10/2013 ed alla delibera aziendale n° 67 del 24/01/2014, dell'organizzazione interna della Struttura anche con riguardo alle risorse umane e strumentali necessarie ;

- b) definizione ed implementazione dei reciproci rapporti con le strutture operative del P.O. pediatrico microcitemico e, nel rispetto delle reciproche competenze, con le strutture aziendali;
- c) assunzione di tutte le iniziative volte a garantire l'autonomia operativa, anche progressiva, della struttura
- d) definizione, nel rispetto delle linee guida e degli atti di coordinamento regionale, di un omogeneo percorso per la presa in carico del paziente nel rispetto dei principi della Carta dei diritti del bambino e dell'adolescente in ospedale ;
- e) definizione, con le strutture richiedenti, di percorsi di accesso e clinici dedicati in relazione alla natura della prestazione da erogarsi e volti a ridurre al minimo i disagi per i pazienti
- f) definizione e introduzione di protocolli di indagine perioperatorie che tengano conto dell'età del paziente e dell'impegno assistenziale al fine di ridurre al minimo le indagini stesse e perseguire il contenimento dei costi;
- g) creazione di procedure, linee guida e protocolli per la diagnosi e la cura del dolore acuto e cronico, postoperatorio, traumatico o da secondario a malattie acute e croniche. Collegamento con i servizi e reparti dei presidi e con i servizi di assistenza domiciliare per l'erogazione delle cure palliative pediatriche con particolare riguardo per le componenti antalgiche, respiratorie e nutrizionali.
- h) coordinamento e organizzazione dell'assistenza postoperatoria per il blocco operatorio di presidio.
- i) progettazione, attivazione, coordinamento e organizzazione di un ambulatorio chirurgico pediatrico per l'erogazione, in anestesia generale o in sedazione, di prestazioni e procedure dolorose diagnostiche e strumentali.
- j) creazione, in accordo con le linee guida internazionali e le raccomandazioni ministeriali e delle società scientifiche nazionali, di una attività anestesologica sul modello della Pediatric Sedation Unit per la sedazione e l'anestesia dei bambini da sottoporre a procedure diagnostiche e terapeutiche dolorose o che richiedano l'assoluta immobilità, anche al di fuori della sala operatoria (radiologia, emodinamica, cardiologia ecc.).
- k) creazione e coordinamento di una equipe per il trasporto di pazienti pediatrici ad alta criticità e alta intensità di cura, intraospedaliero e interospedaliero, con mezzi terrestri o aerei, ad ala fissa e rotante, con la progettazione e la creazione di linee guida e protocolli operativi per l'eleggibilità e idoneità al trasporto e l'esecuzione dello stesso.
- l) Implementare la formazione anestesologica e rianimatoria pediatrica con simulazione avanzata di scenari clinici. Progettazione ed attuazione di corsi di formazione secondo le linee guida nazionali ed internazionali e per la gestione del rischio clinico.
- m) introdurre e sviluppare le procedure anestesologiche adatte alla chirurgia in regime di day surgery;
- n) soddisfare in maniera esaustiva la richiesta di prestazioni anestesologiche destinate ai ricoverati del P.O. ;
- o) attivare ed implementare l'attività ambulatoriale di competenza nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio;
- p) favorire, nell'equipe, una cultura orientata all'efficienza, qualità e sicurezza;
- q) Produrre progetti di formazione al fine di diffondere le diverse specificità all'interno della struttura, di rendere comune il patrimonio di conoscenze con riguardo alle diverse tipologie di interventi
- r) contribuire all'abbattimento ed alla riduzione dei tempi d'attesa;
- s) contribuire all'attivazione dei percorsi di day service, programmando le attività di concerto con le UU.OO. di volta in volta interessate;
- t) promuovere l'attivazione di nuovi percorsi assistenziali che consentano la realizzazione di attività diagnostiche integrate all'interno del P.O. Pediatrico Microcitemico ;
- u) orientare, in un'ottica di sistema e d'intesa con la Direzione sanitaria e le altre strutture di presidio, le funzioni di competenza in ambito territoriale anche prevedendo l'attivazione di nuove interrelazioni e percorsi assistenziali con strutture aziendali tradizionalmente operanti nel territorio;
- v) contribuire attivamente ai progetti aziendali volti a realizzare l'organizzazione dipartimentale.

L'Azienda, nell'affidamento dell'incarico ed in relazione alla natura dello stesso ed ai titoli abilitanti, il cui possesso è necessario per l'esercizio delle funzioni connesse, prenderà in considerazione, sulla base delle dichiarazioni rese dal candidato e della documentazione prodotta dallo stesso,:

- il profilo di appartenenza;
- le attitudini personali, capacità e competenze professionali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nel profilo di Dirigente Medico 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 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.

Tenuto conto della natura, funzioni ed obiettivi dell'incarico da conferire, nell'ambito delle suddette categorie, sarà data specifica rilevanza alle competenze maturate nell'ambito dell'anestesia pediatrica.

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, la selezione sarà espletata dal Direttore Sanitario aziendale basandosi sulla valutazione degli elementi sopraelencati, che elaborerà, con idonea motivazione, una proposta per il legale rappresentante dell'Ente che provvederà ad attribuire 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 Medico – Veterinaria del SSN:
 - nel profilo di Dirigente Medico;
 - nella disciplina di : Anestesia e Rianimazione
 - con rapporto di lavoro esclusivo;
- b) essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di Anestesia e Rianimazione, maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN con valutazione positiva al termine del primo quinquennio di servizio.

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.

La domanda e tutte le dichiarazioni sostitutive ad essa allegate devono essere sottoscritte in originale dal candidato.

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, barrando le relative caselle e completando il singolo punto, 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 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/ Laurea specialistica/ Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia con specifica indicazione della classe della stessa;
10. il possesso del diploma di specializzazione;
11. di essere in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione come specificati nella domanda e richiesti dall'avviso;
12. 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;
13. di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio:
 - a. dall'UOC Personale, il certificato di servizio;
 - b. le schede di valutazione presenti nell'archivio delle valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo organizzativo e valutazione del personale) relative ai periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o, se pervenuti, anche presso altre aziende o enti.
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 nn. 5 e 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, **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 allegghi alla domanda di ammissione certificati in originale o in copia autenticata rilasciata da PP.AA., **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 All. 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/ di struttura semplice dipartimentale/ di struttura semplice/ di struttura complessa/ 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) di conferimento/ svolgimento del singolo incarico;
 - d) degli eventuali esiti delle valutazioni concernenti il singolo incarico.
4. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni (**Allegato D**) allegata 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 allegata in originale o secondo la forma sopraindicata. Le pubblicazioni saranno oggetto di valutazione SOLO se allegata alla domanda di partecipazione.
5. 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 il profilo a selezione 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/aa), 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 ect, con indicazione, per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.,: 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);
 - c) partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento in materia di sanità penitenziaria e/o assistenza sanitaria ai detenuti .
6. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza (**Allegato F**) svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione;
7. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**Allegato G**), (diplomi di laurea, diplomi di specializzazione ect) con indicazione dell'Università presso cui è stato acquisito, della data del conseguimento e della durata legale del corso di studi;
8. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni professionali effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti il profilo e l'incarico a selezione (**Allegato H**), con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali prestazioni sono state effettuate. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale svolta e maturata nell'ambito dell' anestesia pediatrica ;
9. 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.

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

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.

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 Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa sottoscritto in data 8/06/2000 e ribadito dall'art. 4 , CCNL sottoscritto in data 6/05/2010, 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, del D. Lgs. 502/1992 e, per l'Area della Dirigenza Medico - Veterinaria, dall'art. 51, co. 1° e 2°, CCNL 05/12/1996, come integrato dall'art. 26, CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, co. 9°, CCNL 03/11/2005, e come confermato, dall'art. 6, CCNL 17/10/2008, sulla base del sistema aziendale di graduazione delle funzioni dirigenziali, vigente alla data di sottoscrizione del contratto, in relazione al "peso" attribuito all'incarico assegnato in conformità a tale sistema.

Dato atto che è stato approvato il nuovo regolamento aziendale per la graduazione degli incarichi e che a tale sistema non è ancora conseguita l'applicazione integrale, 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 lavoro che, previa acquisizione della documentazione necessaria, dovrà essere sottoscritto, a termine dell'art. 24, co. 6°, CCNL 03/11/2005, e 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. l. 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 dei verbali della Commissione e di conferimento dell'incarico.

ART. 11
NORMA FINALE

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. 070/6093200 o sul sito www.aslcagliari.it.

Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Savina Ortu

FAC SIMILE DOMANDA

Al Sig. Commissario Straordinario

ASL n° 8 di Cagliari

- Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del
Personale -

Via Piero Della Francesca, 1

Loc. Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

___I___ 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, Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale
" Anestesia Pediatrica" afferente al Dipartimento pediatrico e malattie rare del P.O. Pediatrico
Microcitemico (Ospedale del bambino).

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 nella
disciplina di _____ per cui è indetta la selezione ;

- 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 _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ___/___/___ ovvero di non essere in possesso del diploma di specializzazione;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione, come meglio dettagliati della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa, allegata :
 - di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della ASL n° 8 di Cagliari:
 - nel profilo di Dirigente Medico;
 - nella disciplina di _____;
 - con rapporto di lavoro esclusivo;
- di essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di _____, maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.
- di aver conseguito/ non aver conseguito valutazione positiva al termine del quinquennio di attività;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio il proprio certificato di servizio;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio le schede di valutazione presenti nell'archivio valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo Org. e Valutazione del personale) relative a periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o, se pervenute, anche presso altre Aziende ed Enti;
- 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 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 non trovarsi in nessuna delle situazioni di inconferibilità previste dal D.Lgs. 8/04/2013, n° 39, in particolare, artt. 3 e 4.
- 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;
- 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;
- 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;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza svolta;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa a specifiche esperienze ed attività professionali. Tale dichiarazione riguarda specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale in materia di sanità penitenziaria e/o assistenza sanitaria ai detenuti in genere ed, in particolare, riguardo la prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche e la salute mentale.

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI RELATIVE AI SERVIZI PRESTATI PRESSO
AZIENDE/ ENTI DEL SSN NON RISULTANTI NEL CERTIFICATO DI SERVIZIO RILASCIATO DALLA ASL N° 8.
(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.

__I__ 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. presso la struttura operativa denominata _____;
 - d. con rapporto di lavoro:
 - a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato;
 - a tempo pieno ovvero a tempo parziale
 - e. 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. presso la struttura operativa denominata _____;
 - d. con rapporto di lavoro:
 - a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato;
 - a tempo pieno ovvero a tempo parziale
 - e. 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. presso la struttura operativa denominata _____;

- d. con rapporto di lavoro:
- a tempo indeterminato *ovvero* a tempo determinato;
 - a tempo pieno *ovvero* a tempo parziale
- 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, 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 CERTIFICAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESTATI PRESSO
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESSE 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.

__I__ 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. presso la Struttura Operativa denominata _____;

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato;

d. 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. presso la Struttura Operativa denominata _____;

d. con rapporto di lavoro:

a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato;

e. 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, 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 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 _____, (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

(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 _____ ;
- 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 _____ ;
- 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, 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
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 _____, (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

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 POSSESSO DI

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 ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	FINALITA' DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari ect. (specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.: 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 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.

02

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
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;
3. Ente/Azienda _____ (*specificare per esteso denominazione, sede e estremi accreditamento*) in materia di sicurezza sul lavoro:
 - a. nel corso di studi _____ per il conseguimento di _____
 - b. nella materia _____ per n° ___ h. annuali;
4. Ente/Azienda _____ (*specificare per esteso denominazione, sede e estremi accreditamento*) in materia di sicurezza sul lavoro:
 - a. nel corso di studi _____ per il conseguimento di _____
 - b. 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, 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
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

DICHIARA

- 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 _____ 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, 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 CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO
RELATIVA A SPECIFICHE ESPERIENZE ED ATTIVITA' PROFESSIONALI
(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

(NB. Tale dichiarazione riguarda specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale svolta e maturata nell'ambito dell'anestesia pediatrica)

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, 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.

Il presente allegato è com-
posto da n° 23 fogli
di n° 23 pagine.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 570 DEL 14 MAG. 2015
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
~~Dott.ssa Antonella Carreras~~ / ~~Dott. Pier Paolo Pani~~
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Safina Ortu

23