

# **AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA DEI CURRICULUM PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER DIRIGENTE MEDICO DI REUMATOLOGIA - RETTIFICA**

In esecuzione della Deliberazione del Commissario Straordinario n 1052/C del 15/7/2015 cui il presente avviso è allegato e parte integrante, è indetta, ai sensi dell'art. 7., commi, 6, 6 bis e 6 ter del DLgs 165/2001 e s.m.i, una procedura comparativa dei curriculum, per il conferimento di un incarico libero professionale per Dirigente medico di Reumatologia per un periodo di un anno.

## **1- REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE**

Per l'ammissione alla procedura è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- 1.possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione europea
- 2.godimento dei diritti civili e politici
- 3.non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale.
4. di non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali pendenti

## **2 - REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE**

Per l'ammissione alla presente procedura è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in medicina e chirurgia
- Specializzazione nella branca di REUMATOLOGIA
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici;

## **3 - DOMANDA DI AMMISSIONE**

Nella domanda di partecipazione alla procedura comparativa redatta in carta semplice secondo l'allegato modello (allegato 1) e indirizzata al Commissario Straordinario dell'Asl 7 di Carbonia il candidato ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- 1) il cognome e il nome;
- 2) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- 3) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- 4) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- 5) di non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali pendenti ovvero le eventuali condanne penali riportate ovvero gli eventuali procedimenti penali pendenti di cui è a conoscenza;
- 6) il possesso dei requisiti specifici di ammissione (Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in REUMATOLOGIA; iscrizione all'Albo del collegio dei Medici;
- 7) di autorizzare il trattamento manuale/automatizzato dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003;

8) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale la residenza indicata nel punto 2.

#### **La domanda deve essere sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione.**

Alla domanda, redatta in carta semplice, devono essere allegati debitamente sottoscritti :

- un curriculum formativo e professionale;
- i titoli culturali e professionali, esclusivamente attinenti alla materia, utili ai fini della formazione della graduatoria finale da parte dell'Amministrazione e resi nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i;
- la fotocopia di un documento di identità.

#### **4 MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Sono ammesse esclusivamente le seguenti modalità per la presentazione delle domande:

- la trasmissione tramite la propria posta elettronica certificata (pec) all'indirizzo protocollo@pec.aslcarbonia.it;
- consegna diretta all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in via Dalmazia, 83 – Carbonia, negli orari di apertura dello stesso (dal lunedì al venerdì: 9.00 – 13.00);
- la trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, per la **quale farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante la raccomandata medesima**

E' esclusa ogni altra forma di trasmissione o presentazione delle domande.

Le domande devono essere **presentate** all'ASL 7 di Carbonia entro le ore 13 del 7° giorno dalla data di pubblicazione sul sito aziendale – 22/07/2015.

A tal fine:

- per le domande presentate direttamente all'Ufficio Protocollo della Asl n° 7 **farà fede il timbro a data posto dallo stesso Ufficio** della ASL sulla domanda ricevuta.
- per le domande presentate tramite **pec farà fede la certificazione del sistema di posta certificata.**

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

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. L'eventuale riserva di invio successivo dei documenti è priva di effetto.

L'Amministrazione declina fin d'ora ogni responsabilità per il mancato recapito di documenti dipendente da eventuali disguidi postali, da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

Non sono considerate valide le domande presentate o inviate prima della pubblicazione del presente bando sul sito aziendale [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it).

#### **5 - PROCEDURE DI SELEZIONE**

L'Amministrazione, una volta acquisite le istanze, procederà alla ammissione dei candidati.

Una Commissione esaminatrice nominata dal Commissario Straordinario della Asl, effettuerà la valutazione comparativa dei curriculum presentati, tenendo conto dei titoli professionali e scientifici, delle esperienze maturate, adeguatamente documentate, e della loro attinenza alle attività nel settore di riferimento e formulerà una graduatoria di idonei, sulla base del punteggio attribuito a ciascuno dei candidati. La Direzione Generale della Asl, sulla scorta delle risultanze finali della procedura, conferirà l'incarico per la durata di sei mesi da assumersi con formale stipula di contratto di collaborazione professionale.

## **6 - TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO**

Con il professionista prescelto sarà stipulato un contratto di collaborazione professionale, ai sensi dell'art. 7, commi 6, 6 bis e 6 ter del DLgs 165/2001 per un periodo di un anno e per un massimo di 38 ore settimanali.

Il compenso previsto per ciascuna ora di prestazione professionale sarà di € 26,72 per un massimo di 38 ore settimanali. Il totale mensile sarà comprensivo di IVA ed ogni altro onere a carico del professionista.

## **7 - TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

I dati dei quali la Asl 7 di Carbonia entrerà in possesso a seguito della presente procedura, nel rispetto del D.Lgs n. 196/2003, verranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e degli eventuali procedimenti di attribuzione degli assegni.

## **8 - INFORMAZIONI SULL'AVVISO**

Il presente avviso sarà reso pubblico mediante la pubblicazione sulla homepage del sito Aziendale della Asl [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it) La Asl si riserva la insindacabile facoltà di revocare il presente avviso senza che dallo stesso possa derivare a favore dei potenziali aspiranti alcun tipo di diritto o aspettativa.

Il Commissario Straordinario  
Dr. Antonio Onnis

**Allegato n° 1**

**Fac-Simile della domanda di partecipazione alla selezione**

**(DA RISCRIVERE INTEGRALMENTE A CURA DEL CANDIDATO/A)**

Al Commissario Straordinario  
Azienda Sanitaria Locale N° 7  
Via Dalmazia, 83  
09013 CARBONIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla pubblica selezione per soli titoli bandita da codesta Azienda e pubblicata sul sito aziendale [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it), per il conferimento di un incarico collaborazione professionale per Dirigente Medico nella branca di Reumatologia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere in via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_
- 2) di essere cittadino/a italiano/a \_\_\_\_\_ ovvero \_\_\_\_\_ (specificare l'eventuale requisito sostitutivo);
- 3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;
- 4) di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ ovvero di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;
- 5) di essere in possesso dei seguenti requisiti :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 6) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_;
- 7) di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);
- 8) che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- 9) che ogni eventuale comunicazione relativa alla selezione deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dr. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- a) Curriculum formativo-professionale datato e firmato;
- b) Fotocopia del documento di identità in corso di validità, **(ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio)**;
- c) Eventuale titoli e documenti, autocertificati ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., che il candidato ritenga opportuno allegare ai fini della valutazione del curriculum.

La firma in calce alla domanda non necessita di autenticazione

(Allegato n° 2)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

**Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_
- di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_
- di godere dei diritti civili e politici \_\_\_\_\_-;
- titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_

- di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di aggiornamento ect \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale incarico. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA e LUOGO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(Allegato n° 3)

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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**

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. N. 445/2000 i seguenti stati, fatti e qualità personali (la presente dichiarazione può essere utilizzata per certificare attività di servizio utilizzando lo schema di seguito indicato): Nome dell'Ente \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare con esattezza tutti gli elementi necessari per la valutazione della dichiarazione).

con contratto (di dipendenza, di consulenza, di collaborazione ect) \_\_\_\_\_ a tempo (indicare se a tempo determinato o indeterminato) \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali \_\_\_\_\_ .

Causa di (eventuale) cessazione del rapporto di lavoro \_\_\_\_\_. Indicare tutto ciò che è necessario per una corretta valutazione del servizio (ad esempio periodi di sospensione o di interruzione...) \_\_\_\_\_;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale incarico.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**

(Allegato n° 4)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'  
ALL'ORIGINALE DI COPIA**

**Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,**

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

- dell'atto/documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;
- della pubblicazione dal titolo \_\_\_\_\_ edita da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, riprodotto per intero/estratto da pag. \_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_ e quindi composta di n° \_\_\_\_\_ fogli, è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;
- del titolo di studio/servizio \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale incarico. Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**