REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Deliberazione n° 724/C

Adottata dal Commissario Straordinario in data 27 MAG 2015

OGGETTO: Pubblicazione avviso pubblico di procedura comparativa per soli titoli per il conferimento di un incarico libero professionale per Dirigente medico di Reumatologia.

Su proposta del Servizio Affari Generali

PREMESSO in data 7/06/2015 verrà a scadenza il contratto di collaborazione coordinata e continuativa con la dott.ssa Murgia Anna Fabiola, Dirigente Medico di Reumatologia;

DATO ATTO che con nota in data 13/05/2015 Responsabile della S.C. di Medicina del P.O. S. Barbara di Iglesias, ha manifestato la necessità di avvalersi di un dirigente medico nella branca anzidetta oltre la data citata, per proseguire l'azione di abbattimento della relativa lista d'attesa, per la quale la Direzione Generale dell'Azienda ha disposto che si provveda mediante avviso pubblico per procedura comparativa;

ATTESO che pertanto si rende necessario provvedere alla pubblicazione di un avviso, ai sensi dell'art. 7 commi 6, 6 bis e 6 ter del DLgs n. 165 del 2001, al fine di poter acquisire la figura di cui trattasi con la stipula di un contratto libero professionale;

VISTO l'avviso pubblico che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO che le domande di partecipazione alla selezione di cui trattasi debbano essere inoltrate entro 7 giorni dalla pubblicazione con le modalità previsto dal predetto avviso che sarà pubblicato nel sito web aziendale;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO atto dell'istruttoria svolta dal Servizio Affari Generali

SENTITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

per quanto esposto in premessa:

- Di approvare il testo dell'avviso per il conferimento di incarico libero professionale di Dirigente medico Reumatologo della durata si sei mesi, che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- Di disporre la pubblicazione dell'avviso di cui trattasi sul sito della Azienda Sanitaria Locale 7 www.aslcarbonia.it per l'attivazione della procedura selettiva;

- Di stabilire che il termine per la presentazione delle domande scade il 7° giorno dalla pubblicazione medesima, secondo quanto previsto nell'avviso medesimo;

- Di dare atto che la spesa derivante dalla stipula del contratto di cui trattasi risulta pari a circa euro 4.000,00 mensili, con oneri a carico del professionista;

- Di movimentare l'importo che deriverà dal contratto in parola con il provvedimento di conferimento dell'incarico.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Antonio Onnis

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr.ssa Maria Fanni Pittau

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Silvio Maggetti

Resp.le Servizio Affari Generali
Dr.ssa Maria Teresa Garau

Pos. Org.va Aff. Generali
Dr.ssa Eliana Locci

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione

n. 724/C del 27 MAG 2015

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 28 MAG 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali

SERVIZIO SANITARIO ASL N.7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER SOLI TITOLI PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER DIRIGENTE MEDICO DI REUMATOLOGIA -

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. _____del _____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 per soli titoli, per il conferimento di un incarico libero professionale per dirigente medico di reumatologia

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;
- Comprovata esperienza lavorativa nella branca di reumatologia della durata minima mesi 6 (sei)

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; comprovata esperienza in attività di Reumatologia, di durata minima sei mesi.

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.

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.

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 6 mesi e per un massimo di 38 ore settimanali.
Il compenso previsto per ciascuna ora di prestazione professionale sarà di € 27,50 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 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, 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 sanzione 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 sanzione 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.