



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

Deliberazione n° 1063/c

Adottata dal Commissario Straordinario in data 15 LUG 2015

OGGETTO: Ripubblicazione di avviso pubblico di procedura comparativa per il conferimento di un incarico libero professionale Medico autorizzato alla sorveglianza medica del personale esposto a radiazioni ionizzanti ex art. 7 commi 6 e 6 bis del DLgs 165/2001 -

Su proposta del Servizio Affari Generali

PREMESSO che con deliberazione n. 919/C del 23/6/2015 si è preso atto delle risultanze finali della valutazione comparativa dei curriculum dell'Avviso pubblico di cui alla deliberazione n. 644/C del 6/5/2015 e si è autorizzata la stipula del relativo contratto per un incarico libero professionale per lo svolgimento delle funzioni di Medico autorizzato alla sorveglianza medica del personale esposto a radiazioni ionizzanti;

DATO ATTO l'unico partecipante e idoneo, Dr. Del Rio Alberto con comunicazione del 29/6/2015 ha rinunciato all'incarico;

ATTESO che la Direzione Sanitaria, per far fronte alla copertura della funzione predetta, ha espresso l'esigenza di ripubblicare un Avviso pubblico ex art. 7 commi 6 e 6 bis del predetto decreto legislativo, per una ulteriore ricerca di un Medico autorizzato alla sorveglianza medica;
-che la Direzione Generale ha accolto l'esigenza e disposto la pubblicazione di nuovo avviso;

RITENUTO stante l'urgenza di provvedere al conferimento dell'incarico, che le domande di partecipazione alla selezione di cui trattasi debbano essere inoltrate entro 7 giorni dalla pubblicazione con le modalità previste dall'avviso che sarà pubblicato nel sito web aziendale, allegato al presente atto per farne parte integrante;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO atto dell'istruttoria svolta dal Servizio Affari Generali

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

DELIBERA

per quanto esposto in premessa:

- Di approvare il testo dell'avviso per il conferimento di incarico libero professionale di Medico autorizzato alla sorveglianza medica del personale esposto a radiazioni ionizzanti della durata di un anno, 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 euro 5.000,00 annuali 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



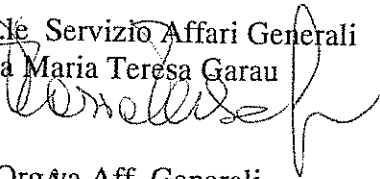
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Maria Fanni Pittau



Resp.le Servizio Affari Generali

Dr.ssa Maria Teresa Garau



Pos. Org.va Aff. Generali

Dr.ssa Eliana Locci



IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Silvio Maggetti





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione
n. 1063/C del 15 LUG 2015
è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7
a partire dal 16 LUG 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione
Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it



Servizio Affari Generali



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl 7 Carbonia

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE DI MEDICO AUTORIZZATO ALLA SORVEGLIANZA MEDICA DEL PERSONALE ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI

In esecuzione della Deliberazione n. ____ del _____ del Commissario Straordinario, è indetta una procedura comparativa per il conferimento di incarico professionale, da formalizzarsi attraverso la stipula di una convenzione per consulenza professionale, con un professionista altamente qualificato, della durata di 1 (uno) anno per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni relative alla sorveglianza medica da rischi di radiazioni ionizzanti, da esplicarsi attraverso l'attività professionale relativa all'effettuazione delle visite mediche di cui agli artt. 83, 84 e 85 del D.lgs n. 230/1995 e s.m.i., D.Lgs 26 maggio 2000, n. 241, D.Lgs 9 maggio 2001, n. 257 e tutte le operazioni ad esse connesse ai sensi di legge.

Si precisa che eventuali modifiche legislative che comportino cambiamenti rispetto alle mansioni previste per il Medico Autorizzato per la sorveglianza sanitaria devono intendersi parte dei compiti previsti dalla presente procedura.

Domanda di Partecipazione

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità:

1. Cognome e nome, la data ed il luogo di nascita, il luogo di residenza;
2. I titoli di studio posseduti ed il possesso degli altri requisiti specifici di ammissione richiesti dal presente avviso; (requisiti di ammissione alla procedura)

Le domande di partecipazione, redatte in carta semplice, contenenti tutte le dichiarazioni prescritte dovranno essere prodotte, a pena di esclusione, entro e non oltre le ore **14,00 de 7° giorno dalla pubblicazione**, con le seguenti modalità:

- 1) Spedizione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o presentazione a mano. Per l'osservanza del termine suddetto farà fede il timbro e la data riportata dell'ufficio postale accettante ovvero la data risultante dal Registro del Protocollo Aziendale di questa Amministrazione.
- 2) L'indirizzo da indicare sulla busta è il seguente:
Azienda Sanitaria Locale n. 7, Via Dalmazia 09013 Carbonia (CI)
- 3) Spedizione a mezzo PEC all'indirizzo protocollo@pec.aslcarbonia.it

Non saranno prese in considerazione le domande non sottoscritte e quelle pervenute oltre il termine stabilito. La firma in calce non necessita di autenticazione ai sensi di legge.

Requisiti di ammissione alla procedura

Possono partecipare al presente Avviso coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti generali e specifici, da dichiarare nella domanda stessa:

Requisiti generali e specifici

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 destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale.
4. la conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali
5. Laurea in Medicina e Chirurgia;

6. Iscrizione all' Ordine dei Medici;
7. Iscrizione all' Albo Nazionale dei Medici Autorizzati alla sorveglianza Medica dei lavoratori radio esposti di cui all'art. 88 del D.lg. n. 230/95;

I candidati dovranno inoltre allegare alla domanda un curriculum professionale in formato europeo data e firmato, nonché una fotocopia del documento di riconoscimento sottoscritto dal candidato medesimo.

Titoli preferenziali per il conferimento dell' incarico:

1. Esperienza professionale, nello svolgimento dell' attività di sorveglianza, desumibile dalla casistica del candidato, da pubblicazioni scientifiche ed in particolare da concrete esperienze di lavoro.

Ulteriori titoli

I candidati possono altresì presentare ulteriori titoli culturali e professionali esclusivamente attinenti alla materia, che ritenessero utili ai fini della valutazione da effettuare da parte dell' Azienda.

I titoli non attinenti non saranno presi in considerazione.

Modalità di conferimento

Una Commissione Interna, nominata dalla Direzione Generale, una volta acquisite le istanze, procederà alla ammissione dei candidati ed alla 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.

Ai fini della valutazione globale la Commissione potrà formulare specifici criteri di valutazione, da formalizzare in apposito processo verbale.

La Direzione Generale, sulla scorta dei giudizi formulati dalla Commissione, conferirà l' incarico da assumersi con formale stipula di contratto di collaborazione professionale.

Le prestazioni professionali di sorveglianza medica riguardano dipendenti radio esposti classificati in Cat. A operanti nelle strutture Aziendali:

A = 30 dipendenti

La sorveglianza fisica del personale esposto classificato in cat. B, sarà effettuata dal Medico Competente, ai sensi dell'art. 83, comma 2, del DLgs 230/1995.

Trattamento economico

Il compenso per l'intera prestazione è stabilito in € 5.000,00 in ragione d' anno, onnicomprensivo di tutti gli accessori ordinari.

Trattamento dati personali

I dati dei quali l'Azienda ASL 7 di Carbonia entra 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.

Informazioni sull'avviso

Il presente avviso sarà reso pubblico mediante pubblicazione sul sito Aziendale www.aslcarbonia.it per un periodo di 7 giorni dalla pubblicazione medesima.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno accedere al sito internet della Asl 7, ovvero rivolgersi al Servizio affari generali, via Dalmazia 83 Carbonia, tel. 07816683531.

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 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.