



AVVISO DI SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AD UN MEDICO SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE PER L' U.O.C. DI DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE – P.O. SAN GIOVANNI DI DIO – AOU CAGLIARI.

A norma degli articoli 7, comma 6, e 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii.:

E' INDETTA

una procedura di comparazione per il conferimento di un incarico individuale di collaborazione libero professionale per:

n° 1 Medico Specialista in Endocrinologia e Malattie Metaboliche o disciplina affine o equipollente.

Oggetto: Svolgimento di prestazioni professionali nell'ambito del progetto di ricerca: "Screening e follow-up del diabete Mellito gestazionale nel territorio della ASL n. 8 - Cagliari" e finanziato dalla Fondazione Banco di Sardegna da destinare alla U.O.C. di Diabetologia e Malattie Metaboliche - P.O. San Giovanni di Dio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

Durata: 1 anno

Sede di svolgimento: AOU - U.O.C di Diabetologia e Malattie Metaboliche - P.O. di San Giovanni di Dio.

Modalità di realizzazione: da concordarsi con il responsabile della struttura complessa di riferimento.

Compenso: €. 25.000,00 annui, il cui pagamento è subordinato all'effettivo versamento delle somme da parte della Fondazione Banco di Sardegna.

Responsabile del procedimento: Vincenzo Siciliano (Servizio Affari Generali) – tel: 070 6092482.

Requisiti generali:

* cittadinanza italiana;

* godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;

* non aver riportato condanne penali ovvero le condanne penali riportate;

* di non essere cessati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;



* idoneità fisica per l'espletamento delle attività di cui al presente avviso;

Requisiti specifici:

- a) Titolo di studio:
 - a. Laurea in Medicina e Chirurgia;
 - b. specializzazione in Endocrinologia e Malattie Metaboliche o disciplina affine o equipollente;
- b) Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando. L'iscrizione al corrispondente albo di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione alla selezione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione in Italia prima dell'assunzione in servizio;

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione alla selezione.

L'esclusione dalla selezione per difetto dei requisiti necessari è disposta con motivato provvedimento e notificata all'interessato.

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte secondo lo schema allegato al presente avviso e corredate di curriculum formativo e professionale, dovranno essere consegnate direttamente a mani presso l'Ufficio Protocollo Generale (aperto dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì dalle 15.00 alle 17.30) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (Via Ospedale, 54 - CAGLIARI). - entro e non oltre il giorno 26 luglio 2011 alle ore 13.00 (settimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul sito Aziendale).

Alla domanda dovranno essere allegati un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato, la certificazione o l'autocertificazione dei titoli posseduti e di ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso e la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità. I documenti allegati devono essere presentati in conformità alle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000 in materia di documenti amministrativi.

Tutti i titoli devono essere presentati in originale o in copia legale ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente (D.P.R. n°445/2000).

Il candidato, in luogo delle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, può avvalersi delle seguenti dichiarazioni sostitutive previste dal D.P.R. 445/00:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 DPR 445/00.
- 2) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47, D.P.R. 445/00) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/00.
- 3) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 DPR 445/00).

Si vedano i fac-simile allegati al presente bando.

Le predette dichiarazioni sostitutive dovranno essere sottoscritte in presenza del dipendente addetto, in alternativa dovrà essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.



Fatte salve le eccezioni di cui sopra, non saranno presi in considerazione i titoli non documentati formalmente.

I candidati ammessi saranno valutati da un'apposita Commissione nominata dal Direttore Generale e costituita: da un Presidente (nella persona del Direttore della U.O.C. di Diabetologia e Malattie Metaboliche o suo delegato), e da due componenti di cui un dirigente medico della U.O.C. di Diabetologia e Malattie Metaboliche, e un impiegato amministrativo con funzioni di segretario.

Si procederà alla valutazione dei candidati ammessi attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio tecnico.

La verifica di cui sopra è finalizzata a valutare il patrimonio di conoscenze applicate e la capacità di soluzione di problemi operativi in relazione alle esigenze dell'Azienda.

La Commissione, in via preliminare, individua le eventuali specifiche esigenze dell'Azienda in relazione alla Struttura presso la quale il lavoratore dovrà prestare la propria attività, ed elabora i criteri di valutazione dei candidati.

Il giudizio complessivo su ogni candidato è determinato dagli esiti della valutazione dei titoli e del colloquio tecnico.

Il colloquio tecnico verterà sui seguenti argomenti attinenti alla qualifica di cui trattasi:

- Comprovata esperienza nel campo della diagnostica e della terapia del Diabete in gravidanza e nella diagnostica della neuropatia diabetica e sua valutazione clinica e strumentale.

La valutazione del singolo candidato dovrà concludersi con un motivato giudizio di:

- a) idoneità rispetto alle esigenze aziendali;
- b) non idoneità rispetto alle esigenze aziendali;

Qualora vi siano più idonei la Commissione, provvederà alla valutazione dei candidati anche in termini numerici. A tal fine la Commissione dispone complessivamente di 50 punti, ripartiti nei limiti massimi sotto indicati:

- 30 punti per il colloquio tecnico (sufficienza 21/30);
- 20 punti per i titoli.

I punti per la valutazione dei titoli sono ripartiti nei limiti massimi sotto indicati:

- | | |
|---|-------------|
| 1) titoli di carriera | punti 8,000 |
| 2) titoli accademici e di studio | punti 4,000 |
| 3) pubblicazioni e titoli scientifici | punti 3,000 |
| 4) curriculum formativo e professionale | punti 5,000 |

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

L'Amministrazione si riserva, altresì, la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Cagliari, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e che gli stessi possano elevare obiezioni di sorta.



La procedura di comparazione verrà conclusa entro il trentesimo giorno dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande e ne sarà data pubblicità tramite il sito web aziendale.

Copia del presente avviso è disponibile nel sito Web Aziendale.

Per informazioni rivolgersi al Servizio Affari Generali, tel. 070 – 6092482.

Il Direttore Generale
Dott. Ennio Filigheddu

FAC SIMILE DI DOMANDA

OGGETTO: Procedura di comparazione per titoli e colloquio per il conferimento di un incarico libero professionale ad un medico specialista in Endocrinologia e Malattie Metaboliche per l' U.O.C. di Diabetologia e Malattie metaboliche – P.O. San Giovanni Di Dio – AOU Cagliari.

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari
Servizio Affari Legali
Via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari

Il 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 ammesso a partecipare alla selezione pubblica per il conferimento dell' incarico libero professionale in oggetto,

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 DPR 445/00, dichiara:

- * di essere cittadino (specificare se italiano o di altro stato);
- * di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ;
- * di non aver riportato condanne penali (in caso contrario specificare);
- * di essere in possesso di Laurea in conseguito presso l'Università degli studi di
- * di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- * di aver ovvero non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione);
- * che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI
Servizio Affari Generali



Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare 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.

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato.

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato e copia di un documento di identità in corso di validità;

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

DATA

FIRMA



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

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

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, 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.

Data e firma



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

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: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla
decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora
l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, 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.

Data e firma



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

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 essere a conoscenza del fatto che le copie fotostatiche dei seguenti documenti sono conformi all'originale di cui è in possesso:

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, 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.

Data e firma