



Avviso di mobilità interna per l'assegnazione di un dirigente medico alla Struttura Complessa "Chirurgia generale G" afferente al Dipartimento assistenziale integrato di Chirurgia, P.O. Monserrato

Si comunica che questa Azienda Ospedaliero Universitaria ha la necessità di reclutare un dirigente medico di chirurgia generale, con esperienza di chirurgia "open" e laparoscopica nonché provata esperienza in chirurgia d'urgenza, da assegnare alla "Chirurgia generale G", afferente al Dipartimento assistenziale integrato di chirurgia, presso il P.O. di Monserrato.

Il presente avviso è rivolto al personale in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari e al personale UNICA che svolge attività assistenziale all'interno della stessa, inquadrato e/o equiparato nel profilo professionale di Dirigente Medico di chirurgia generale. I dipendenti interessati dovranno presentare istanza di mobilità (come da modello allegato), debitamente sottoscritta, allegando documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale, datato e firmato, da allegare obbligatoriamente alla domanda di partecipazione.

Tutti i documenti dovranno essere prodotti in originale o autocertificati nei casi previsti dalla normativa vigente.

In caso di accertamento di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti.

Le domande devono essere presentate alternativamente:

- 1) tramite Servizio Pubblico Postale, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Azienda Ospedaliero Universitaria via Ospedale 54 – 09124 Cagliari;
- 2) presso il Protocollo Generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari, via Ospedale, 54 – Cagliari, negli orari di apertura dello stesso (dal lunedì al venerdì: 8.30 – 13.00);
- 3) con Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo dir.generale@pec.aoucagliari.it, avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta esclusivamente in formato pdf;

E' esclusa ogni altra forma di trasmissione.

Il termine per l'inoltro delle domande e dei documenti allegati, pena esclusione dalla selezione, è fissato entro le h. 12,00 del 5° giorno successivo a quello della data di pubblicazione dell'estratto del presente bando sul sito www.aoucagliari.it; qualora il predetto giorno fosse festivo, il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Qualora ci siano più domande per lo stesso posto sarà preferito il dipendente con maggiore anzianità di servizio svolto nel profilo professionale relativo al posto da ricoprire. In caso di parità di anzianità sarà nominata una commissione esaminatrice, della quale faranno parte il Direttore Sanitario, il Direttore del Dipartimento assistenziale integrato di Chirurgia ed il Direttore della S.C. Chirurgia G, che individuerà, preventivamente, ulteriori criteri preferenziali per la scelta del dipendente da trasferire.

Per tutto quanto non espressamente indicato nel presente avviso si rimanda alla normativa vigente che disciplina l'istituto della mobilità interna.

Il Direttore Generale
Dr. Ennio Filigheddu

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale dell'A.O.U. di Cagliari

Via Ospedale, 54

09124 Cagliari

Oggetto: Avviso di mobilità interna per l'assegnazione di un Dirigente medico alla Struttura Complessa Chirurgia Generale G afferente al Dipartimento assistenziale integrato di Chirurgia.

Il sottoscritt _____ Dott./Dott.ssa _____, cod. fisc. _____,
_____ tel. n° _____, e-mail _____
_____ chiede di essere ammess _____ alla selezione in oggetto.

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

- a) di essere nat _____ a _____ il _____;
- b) di essere residente in via/piazza _____ n° _____ a _____, CAP _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____;
- d) di godere dei diritti civili e politici in Italia o nello Stato membro dell'Unione Europea di provenienza;
- e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- f) di non aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- g) di aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- h) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____;
- i) di essere iscritto all'albo _____;
- l) di essere in possesso della specializzazione in _____;
- m) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) _____;
- n) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____;
[barrare e specificare se ci si trova in questa condizione]
- o) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- p) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co. etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE
CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co. etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego: _____;

q) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

r) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente selezione, ai sensi della D.Lgs 196/2003.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga fatta al seguente indirizzo:

Dott./Dott.ssa _____

Via _____ n° _____ C.a.p. _____ città _____

Prov. _____ Telefono _____

mail: _____

Data _____ Firma _____

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati, elencati nell'allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali i sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma _____

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato ed elenco, in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente in _____ CAP _____ 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.

DICHIARA:

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente _____ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in _____ dal _____ al _____ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di _____ con rapporto di lavoro di dipendenza a tempo _____ (indicare se a tempo determinato o indeterminato) _____ per numero ore settimanali lavorative _____ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...)
- ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente);

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente _____ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in _____ dal _____ al _____ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di _____ con contratto di lavoro _____ (tipologia del rapporto di lavoro: es) co.co.co., co.co.pro., libero professionale); per numero ore settimanali lavorative _____ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...).

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai 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, dichiara altresì 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 rapporto di lavoro.

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

DATA E LUOGO _____ l _____ dichiarante _____

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità).

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente in _____

CAP _____ 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

DICHIARA:

- 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 in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di
aggiornamento e di qualificazione tecnica: _____
- di aver partecipato al _____ (congresso, corso, seminario, convegno...ecc.) organizzato
da _____ dal _____ titolo _____ in
data _____, della durata di _____, in qualità di
_____, con esame finale/senza esame finale.

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì 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 rapporto di lavoro.

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

DATA E LUOGO _____ l _____ dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____ residente in _____ CAP _____
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

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 _____ ;

dell'atto/documento _____ rilasciato da _____
_____ in data _____ è conforme all'originale
in possesso di _____ ;

dell'atto/documento _____ rilasciato da _____
_____ in data _____ è conforme all'originale
in possesso di _____ ;

dell'atto/documento _____ rilasciato da _____
_____ in data _____ è conforme all'originale
in possesso di _____ ;

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai 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, dichiara altresì 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 rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO _____ l' _____ dichiarante _____

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità).

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.