

2

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N° 2851 DEL 25.11.2010

OGGETTO: INDIZIONE E APPROVAZIONE AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA PER DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI NEUROFISIOPATOLOGIA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "RIDUZIONE LISTE D'ATTESA" - U.O. NEUROLOGIA - STRUTTURA OSPEDALIERA DI OLBIA.

L'anno duemiladieci addì venticinque del mese di novembre
in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

IL COMMISSARIO

Dott. Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Avv. Mario Giovanni Altana

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

- CONSIDERATO** che il Responsabile dell'U.O di Neurologia della Struttura Ospedaliera di Olbia richiede l'acquisizione di un Dirigente Medico al fine di far fronte alle esigenze correlate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- RILEVATO** che ai sensi della legislazione sanitaria vigente, i livelli essenziali di assistenza (LEA) costituiscono gli obiettivi minimi di tutela della salute che devono essere garantiti agli assistiti assicurando la presenza di personale con esperienza e competenza specifica;
- CONSIDERATO** che non è possibile far fronte alle necessità aziendali con il personale in servizio;
- PRESO ATTO** che l'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i., prevede che le amministrazioni pubbliche, per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, possono conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria;
- STANTE** l'indifferibile ed urgente necessità di assicurare la normale gestione delle attività dell'U.O. in argomento e quindi i livelli essenziali di assistenza della stessa;
- PRESO ATTO** che l'Azienda attualmente non dispone graduatorie valide ed utilizzabili per la copertura della figura professionale di cui all'oggetto;
- RITENUTO** a necessità di procedere al conferimento di un incarico di collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i., ad un Dirigente Medico nella disciplina di Neurofisiopatologia, nell'ambito del progetto "Riduzione liste d'attesa", da dedicare principalmente all'attività di accertamento della Morte Cerebrale e in parte alle altre attività dell'Ambulatorio di Neurofisiopatologia.
- RITENUTO** per quanto sopra esposto di dover procedere all'indizione di un avviso di selezione al fine di individuare il professionista, cui conferire l'incarico, in possesso dei requisiti specifici e coerenti richiesti per la realizzazione del progetto medesimo;
- RITENUTO** - di stabilire la durata dell'incarico da conferire in mesi 6 (sei) eventualmente rinnovabile;
- di determinare il compenso lordo da corrispondere, per la durata dell'incarico, in euro 25.000,00 (venticinquemila).
- PRESO ATTO** delle disposizioni impartite dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Generale in merito,

SU proposta del Direttore Sanitario Aziendale,

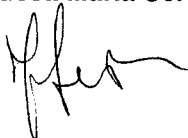
- VISTI**
- il D. Lgs 502/92 e s.m. e i.;
 - il D.Lgs. 165/2001 e s.m. e i.;
 - il D.P.R. 483/1997;
 - la L.R. 10/2006;
 - la L.R. 10/1997 e s.m. e i.;
 - i CC.CC.NN.LL. per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del S.S.N. vigenti;

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- di indire un avviso pubblico, per soli titoli per il conferimento di un incarico di collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., ad un Dirigente Medico nella disciplina di Neurofisiopatologia, nell'ambito del progetto "Riduzione liste d'attesa", finalizzato ad agevolare la fruizione dei servizi agli utenti;
- di stabilire la durata dell'incarico da conferire in mesi 6 (sei) eventualmente rinnovabile;
- di determinare il compenso lordo onnicomprensivo da corrispondere, per la durata dell'incarico, in euro 25.000,00 (venticinquemila).
- di approvare l'avviso pubblico allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- di stabilire, stante l'urgenza delle esigenze aziendali, quale termine ultimo di presentazione delle domande di partecipazione alla selezione il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione dell'avviso sul sito internet dell' Azienda Sanitaria Locale n° 2 di Olbia;
- di disporre la pubblicazione dell'estratto del presente bando sui quotidiani regionali di maggiore diffusione;
- di autorizzare il Servizio Contabilità e Bilancio al pagamento delle spese di pubblicazione; derivanti dall'adozione del presente provvedimento;
- di demandare al Direttore dell'Area Amministrazione del Personale i conseguenti provvedimenti derivanti dall'adozione del presente atto deliberativo.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Maria Serena Fenu)



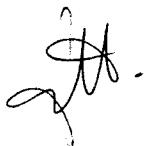
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Avv. Mario Giovanni Altana)



IL COMMISSARIO
(Dott. Giovanni Antonio Fadda)



n. 364
Il Direttore
dell'Area Amministrazione del Personale
Dott.ssa G. Puzzi



vc

(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) _____ / ____ / ____.

La presente deliberazione:

... è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

... deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 03/12/2010, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

... con lettera in data ____ / ____ / ____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 03/12/2010

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

... è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____ / ____ / ____.

... è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____ / ____ / ____.

... è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____ / ____ / ____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso _____.

Olbia, ____ / ____ / ____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali



AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della deliberazione del Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia n. _____ del _____

E' INDETTO

Avviso pubblico , per soli titoli per il conferimento di n. 01 incarico di collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165, **per Dirigente Medico nella disciplina di Neurofisiopatologia**, nell'ambito del progetto "Riduzione liste di Attesa" da dedicare principalmente all'attività di accertamento della Morte Cerebrale e in parte alle altre attività dell'Ambulatorio di Neurofisiopatologia.

Durata progetto: mesi 6 (sei) eventualmente rinnovabile;

Importo lordo: Euro 50.000,00 (cinquantamila) annue.

Luogo di lavoro: U.O di Neurologia – P.O. di Olbia.

Possono partecipare alla selezione coloro che alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione siano in possesso dei seguenti requisiti:

REQUISITI GENERALI PER L'AMMISSIONE

Possono partecipare alla selezione coloro che, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione delle domande, siano in possesso dei requisiti di ammissione elencati nel presente articolo e nel successivo articolo.

- 1) cittadinanza italiana**, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea e fatte salve le eccezioni stabilite dalla normativa vigente;
- 2) Età** non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in servizio;
- 3) idoneità fisica all'impiego**. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con l'osservanza delle norme in materia di categorie protette, è effettuato, a cura della Azienda Sanitaria prima dell'ammissione in servizio. Il personale dipendente da pubbliche amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti ospedalieri ed Enti di cui agli articoli 25 e 26 comma 1, del DPR 761/79 è dispensato da visita medica;
- 4) Non avere subito condanne penali e non avere procedimenti penali pendenti** che impediscano la costituzione di rapporti di pubblico impiego ai sensi delle vigenti disposizioni.
- 5) Godimento dei diritti civili e politici**. Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo. I cittadini degli altri Stati in possesso dei requisiti di cui al punto 1) devono godere dei diritti civili e politici negli Stati di appartenenza;
- 6) Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.**

REQUISITI SPECIFICI PER L'AMMISSIONE

I candidati devono essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- 1) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;



ASLOlbia

Servizio Personale

- 2) Abilitazione all'esercizio della professione;
- 3) Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- 4) Specializzazione nella **disciplina di Neurofisiopatologia**;

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Per l'ammissione alla selezione gli aspiranti devono inoltrare domanda di partecipazione in carta semplice al Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale n.2 di Olbia, Via Bazzoni Sircana, n° 2-2A, 07026 Olbia, nella quale dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- Cognome e nome, data, luogo di nascita e residenza;
- Possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- Il codice fiscale;
- Comune di iscrizione nelle liste elettorali o i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle medesime;
- di non avere riportato condanne penali (in caso contrario il candidato deve indicare le eventuali condanne penali riportate);
- di non essere a conoscenza di eventuali procedimenti penali pendenti (in caso contrario il candidato deve indicare gli eventuali procedimenti penali pendenti di cui è a conoscenza);
- I titoli di studio posseduti;
- I servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e la causa di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- Il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione e il numero di telefono.

Il conferimento dell'incarico non instaura alcun rapporto di lavoro dipendente con l'asl n. 2 di Olbia, bensì rapporto di incarico di collaborazione esterna .

I candidati, nei termini di scadenza dell'avviso, producono la seguente documentazione:

- Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, nel quale devono risultare in particolare titoli di studio e di specializzazione, attività di studio, ricerca e perfezionamento, pubblicazioni attinenti con l'incarico. Il Curriculum verrà valutato solo se redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- i titoli ed i documenti attestanti il possesso dei requisiti generali e specifici;
- i titoli ed i documenti ritenuti utili agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;
- un elenco dei documenti prodotti, datato e firmato;
- **la fotocopia (fronte e retro) di un valido documento di identità o documento di riconoscimento equipollente ai sensi del D.P.R.445/2000, ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà;**

Tutti i documenti di cui sopra, riguardanti sia i requisiti generali e specifici di ammissione che i titoli utili per la formazione della graduatoria, devono essere prodotti in originale o in copia legale o



autenticata ai sensi di legge, ovvero devono essere attestati con dichiarazioni sostitutive ex dpr 445/2000, nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

L'iscrizione all'albo professionale deve essere attestata tramite certificazione prodotta con le modalità di cui sopra (documento originale, copia autenticata/autocertificata, dichiarazioni sostitutive ex DPR 445/2000 anche contestuali alla domanda) avente data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza dell'avviso, a pena di esclusione.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Sono ammesse esclusivamente due modalità per la presentazione delle domande:

- la consegna a mano all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda, sito in via Bazzoni Sircana 2 – 2A – Olbia, negli orari di apertura dello stesso (dal Lunedì al Venerdì: 9.00 – 12.30; il Lunedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 17.00);
- la trasmissione tramite il servizio pubblico postale, esclusivamente a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento.

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

La busta che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura *"Domanda di partecipazione all'avviso pubblico, per il conferimento di un incarico di collaborazione per dirigente medico nella disciplina di Radiodiagnostica"*.

Il termine di presentazione delle domande di partecipazione alla selezione scade il QUINTO giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente avviso sul sito internet dell' Azienda Sanitaria Locale n° 2 di Olbia www.aslolia.it alla voce "concorsi e selezioni". Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo. Le domande di partecipazione dovranno pervenire all'Azienda, perentoriamente, entro e non oltre il quinto giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso. Non verranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine sopra indicato.

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

La mancata presentazione della domanda nel **termine** previsto dal presente avviso determina l'automatica esclusione dalla selezione.

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.

ESCLUSIONE DALLA SELEZIONE

L'esclusione dalla selezione è deliberata con provvedimento motivato dal Commissario dell'Azienda U.S.L. n. 2, da notificarsi entro 30 giorni dalla esecutività della relativa decisione.

MODALITA' DI SELEZIONE E CRITERI DI VALUTAZIONE



Servizio Personale

Le domande di partecipazione, con i relativi curricula e attestazioni professionali, verranno valutati dal Responsabile dell' Unità Operativa di Neurologia di Olbia..

L'assegnazione del contratto di collaborazione avviene a seguito di esame comparativo dei titoli, secondo criteri predeterminati, miranti ad accertare la maggiore coerenza dei titoli stessi con le caratteristiche richieste.

La comparazione terrà conto della specificità dei requisiti posseduti dai candidati con riferimento all'oggetto dell'incarico da conferire . Costituisce , in particolare oggetto di valutazione :

- a) **Grado di professionalità acquisita ricavabile da precedenti esperienze lavorative in attività inerenti a quelle oggetto dell'incarico : Esperienza professionale di lavoro autonomo (libera professione), con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, tirocini e/o frequenze volontarie , stage e borse di studio complessivamente maturata presso Enti e/o Amministrazioni pubbliche e strutture private.**

-massimo punti 10 , così attribuibili:

- punti 0,100 (fino ad un massimo di punti 4) per ogni mese di servizio reso con rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato) o di collaborazione coordinata e continuativa o di borsista .
- punti 0,050 (fino ad un massimo di punti 1) per ogni mese di tirocinio o frequenza volontaria o stage

- b) **Attività professionali e di studio idonee ad evidenziare il livello della qualificazione**

Professionale:

- massimo 18 punti così ripartiti

- attività formative fino ad un massimo di 2 punti
- dottorati di ricerca punti 1,75 ciascuno
- altri titoli post universitari, compresi i master, rilasciati da istituti universitari italiani e stranieri, ovvero da primarie istituzioni formative pubbliche o private, punteggio compreso tra un minimo di 0,250 ed un massimo di punti 1 ciascuno;

- c) **Titolo di studio richiesto quale requisito di ammissione:**

- punteggio attribuibile per tale categoria punti 2:

Tale punteggio è attribuito solo nel caso in cui il diploma di laurea sia conseguito con 110/110 (con o senza lode) o comunque con il massimo dei voti.

Il punteggio massimo attribuibile, in totale, per i titoli è punti 30.

CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Il conferimento dell'incarico di prestazione d'opera professionale avverrà mediante la stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile, trattandosi di prestazioni professionali di natura intellettuale, senza vincolo di subordinazione.



Il predetto contratto sarà stipulato tra il Commissario ed il soggetto utilmente collocatosi nella graduatoria, il quale sarà invitato a presentare i documenti comprovanti tutti i requisiti richiesti per la partecipazione all'avviso.

Il candidato verrà considerato rinunciatario qualora non si presenti entro il termine assegnatogli, e verrà dichiarato decaduto nel caso non produca la documentazione richiesta. In entrambi i casi l'incarico potrà essere conferito mediante scorrimento della graduatoria.

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA SULLA PRIVACY

I dati personali forniti dal candidato saranno raccolti presso il competente Servizio del Personale per le finalità di gestione della procedura concorsuale e saranno trattati anche successivamente, nell'eventualità di assunzione, per la gestione del rapporto di lavoro. La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa nonché, nell'eventualità di costituzione del rapporto di lavoro, per la finalità di gestione del rapporto stesso.

MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELLA SELEZIONE

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, la presente selezione, riaprire o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti possano sollevare eccezioni, diritti o pretese di sorta.

NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso di selezione si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Per informazioni rivolgersi alla Asl. N° 2 Servizio Personale, via Bazzoni Sircana n°2 – 2°A Olbia Tel. 0789/ 552390 – 552042 – 552044- 552322.

Con la presentazione della domanda è implicita da parte del candidato , l'accettazione senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente avviso .

**Il Commissario
Dott. Giovanni Antonio Fadda**

PUBBLICATO IL _____ -

SCADE IL _____



Allegato n° 1

FAC SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Commissario
Azienda U.S.L. n° 2
Via Bazzoni Sircana n.2 – 2A
07026 Olbia (OT)**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al pubblico avviso per soli titoli, per il conferimento di n° 01 incarico di collaborazione coordinata e continuativa a n. 01 DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA DI NEUROFISIOPATOLOGIA presso l'U.O di Neurologia – P.O. Olbia, indetto da codesta Azienda con deliberazione n° _____ del _____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, 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 _____
2. di risiedere a _____ Prov. di _____ C.A.P. _____ in via _____;
3. di essere cittadino/a italiano/a (ovvero _____);
4. codice fiscale _____;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso contrario il candidato deve dichiarare di non essere iscritto nelle liste elettorali e deve specificarne i motivi);
6. di non aver riportato condanne penali (in caso contrario il candidato deve dichiarare le condanne penali riportate) e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti (in caso contrario il candidato deve dichiarare i procedimenti penali in corso ed indicare il reato per il quale si procede);
7. di non essere dichiarato decaduto da un pubblico impiego (in caso contrario il candidato deve indicarne i motivi);
8. di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari:
_____;
9. di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguito presso _____ di _____ il _____;
10. di essere abilitato/a all'esercizio della Professione di _____;
11. di essere iscritto all'Ordine degli/dei _____ della Provincia di _____ dal _____ a _____;
12. di essere in possesso del titolo di Specializzazione in _____ conseguito presso _____ con sede in _____ in data _____



A tale proposito si precisa che: a) l'immatricolazione è avvenuta in data _____; b) la durata legale è di anni _____ c) indicare se il titolo è stato conseguito ai sensi del D. Lgs. n° 257/1991 ovvero ai sensi del D.Lgs. n° 368/1999 _____ d) oppure indicare se conseguito in base ad altra normativa _____ e) indicare se la frequenza al corso è stata a tempo pieno/parziale _____.

13. di non aver mai prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero di avere prestato servizio **(indicando i motivi della risoluzione)** ovvero di prestare servizio presso P.A., come sotto riportato:

Nome dell'Ente _____ con sede in _____

dal _____ al _____ ;

in qualità di Dirigente medico nella disciplina di _____

con contratto (subordinato, libero professionale, COCOCO ect) _____

a tempo (indicare se a tempo determinato o indeterminato) _____

per numero ore settimanali _____ .

Causa di (eventuale) cessazione del rapporto di lavoro _____;

Ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79 _____

Indicare tutto ciò che è necessario per una corretta valutazione del servizio (ad esempio periodi di sospensione o di interruzione dal servizio) _____;

14. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

15. di non avere ovvero di avere diritto a precedenza/preferenza alla nomina (in tal caso specificare la legge e la categoria) _____;

16. di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);

17. di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso di selezione;

18. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000.

19. che ogni eventuale comunicazione relativa al concorso deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dr. _____ via _____ CAP. _____ Comune
 _____ Prov _____ Tel _____

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

a) Curriculum formativo-professionale datato e firmato;

b) Un elenco dei documenti e titoli presentati;

c) Eventuali titoli e documenti, in originale autenticati o autocertificati, che il candidato ritenga opportuni per la formulazione della graduatoria di merito;

d) **Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità (ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio);**

DATA _____

(FIRMA) _____



Allegato n° 2
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (_____) il _____ residente in _____
Prov. (_____) Via _____ n° _____, sotto la propria responsabilità e 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

**(a titolo esemplificativo si riportano alcune dichiarazioni effettuabili con la dichiarazione sostitutiva di
certificazione in quanto presenti nelle ipotesi di cui all'art. 46 DPR 445/2000)**

- di avere conseguito il seguente titolo di studio _____, in data _____, presso _____

oppure

- di avere partecipato al congresso (corso, seminario...ect) organizzato da _____ dal titolo
_____ in data _____, dalla durata di _____, in qualità di _____, con esame
finale/senza esame finale.

Preso visione dell'informativa contenuta nel bando, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione .

DATA e LUOGO _____

(FIRMA) _____



Servizio Personale

(Allegato n° 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ n° _____, sotto la propria responsabilità e 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

(da utilizzare per certificare tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 445/2000 - ad esempio attività di servizio - specificando con esattezza **tutti** gli elementi e dati necessari per la valutazione):

di avere svolto la seguente attività lavorativa:

Ente (pubblico o privato accreditato o non accreditato) _____ dal _____ al _____ in qualità di Dirigente _____ specialista in _____ natura del contratto (contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.....) _____ tipologia del contratto (tempo pieno - parziale) _____ per n° ore settimanali _____; eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ect) _____; tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso _____.

Preso visione dell'informativa contenuta nell'avviso, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

DATA _____ FIRMA _____

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).



(Allegato n° 4)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA' DELLA COPIA
ALL'ORIGINALE

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____ il _____ e residente in _____ Prov. _____ Via _____ n° _____, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste 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:

(a titolo esemplificativo, si evidenzia che con la presente dichiarazione si può certificare la conformità all'originale di copia dei seguenti documenti)

- 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 _____ rilasciato da _____ in data _____ è conforme all'originale in possesso di _____;

Preso visione dell'informativa contenuta nell'avviso, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

DATA _____

FIRMA _____

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).