

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2 OLBIA

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELLE FUNZIONI DI COORDINAMENTO.

Ai sensi dell'art. 10 del C.C.N.L. Comparto Sanita' II° biennio economico 2000-2001, e dell'art.4 del CCNL 10.04.08 in esecuzione della deliberazione n° 890 del 08.09.2009, è indetto avviso interno per la presentazione delle domande per il conferimento delle funzioni di seguito specificate:

COORDINAMENTI DI UNITA' OPERATIVA relativi a:

1	Pronto Soccorso	P.O. Giovanni Paolo II
2	Rianimazione e Anestesia	P.O. Giovanni Paolo II
3	Blocco Operatorio	P.O. Giovanni Paolo II
4	Cardiologia/UTIC	P.O. Giovanni Paolo II
5	Radiologia	P.O. Giovanni Paolo II
6	Laboratorio Analisi	P.O. Giovanni Paolo II
7	Chirurgia	P.O. Giovanni Paolo II
8	Ortopedia e Traumatologia	P.O. Giovanni Paolo II
9	Ostetricia e Ginecologia	P.O. Giovanni Paolo II
10	Medicina Generale	P.O. S. Giovanni di Dio
11	Medicina D'Urgenza	P.O. Giovanni Paolo II
12	Pediatria	P.O. Giovanni Paolo II
13	Neonatologia	P.O. Giovanni Paolo II
14	Pronto Soccorso	P.O Paolo Dettori
15	Rianimazione e Anestesia	P.O Paolo Dettori
16	Blocco Operatorio	P.O Paolo Dettori
17	Medicina Donne	P.O Paolo Dettori
18	Radiologia	P.O Paolo Dettori
19	Laboratorio Analisi	P.O Paolo Dettori
20	Medicina Uomini /Oncologia	P.O Paolo Dettori
21	Medicina/Chirurgia	P.O Paolo Merlo
22	Pronto Soccorso	P.O Paolo Merlo

23	Anestesia e Rianimazione	P.O Paolo Merlo
24	Dialisi	P.O. S. Giovanni di Dio
25	Ufficio Infermieristico	P.O. Giovanni Paolo II
26	Ufficio Infermieristico	P.O. Giovanni Paolo II
27	Chirurgia	P.O Paolo Dettori
28	Ortopedia e Traumatologia	P.O Paolo Dettori
29	Ostetricia e Ginecologia	P.O Paolo Dettori
30	Pediatria/Nido	P.O Paolo Dettori
31	ORL	P.O Paolo Dettori
32	Dialisi	P.O Paolo Dettori
33	Servizio Riabilitazione	P.O Paolo Dettori
34	Ufficio Infermieristico	P.O Paolo Dettori
35	Servizio Riabilitazione Olbia	Distretto di Olbia
36	Dialisi	P.O Paolo Merlo Cal Arz
37	Diabetologia	P.O. S. Giovanni di Dio
38	Centro Trasfusionale	P.O. S. Giovanni di Dio
39	Oncologia	P.O. S. Giovanni di Dio
40	SPDC	DSMD
41	ADI Olbia	Distretto di Olbia
42	CSM Olbia	DSMD
43	Poliambulatorio	Distretto di Olbia
44	Igiene Pubblica (T.P.)	Dipartimento Prevenzione
45	Spresal	Dipartimento Prevenzione
46	Servizio Veterinario	Dipartimento Prevenzione
47	ADI Tempio	Distretto di Tempio
48	CSM Tempio	DSMD
49	Poliambulatorio	Distretto di Tempio
50	Igiene Pubblica (Inf.)	Dipartimento Prevenzione
51	Coordinamento Ass. Sociali	Distretto di Olbia
52	Coordinamenti Ass. Sociali	Distretto di Tempio
53	Servizio 118 e ambulanze	Distretto e Ospedale Olbia

Le domande per il conferimento degli incarichi, redatte in carta semplice, secondo il fac-simile allegato, e la relativa documentazione, dovranno

essere rivolte al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia entro le ore 12 del giorno 16 ottobre 2009.

Requisiti generali di partecipazione

- a) Posizione di dipendente della Azienda Sanitaria Locale N.2 di Olbia, con rapporto di lavoro a tempo pieno, ed inquadramento nelle categorie D.- Ds.;
- b) Possesso dei requisiti previsti dall'art. 4 del CCNL 10.04.2008 e/o della legge 43/2006

Valore economico

Il conferimento dell'incarico di Coordinamento di unità operativa dà diritto ad un compenso annuo di Euro1.549,30, più un eventuale quota variabile da contrattare con le OO.SS. e RSU.

Domande per il conferimento degli incarichi

Le domande distinte per ciascuna funzione possono essere presentate utilizzando lo schema esemplificativo che si allega; tale schema può essere richiesto all'Ufficio Personale dell'Azienda.

Le domande devono essere redatte in carta semplice e trasmesse al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2 di Olbia, quindi inoltrate nei modi e nei termini previsti al successivo punto.

I coordinatori attuali appartenenti alla categoria DS avranno precedenza nella scelta dei coordinamenti oggetto del presente bando

Gli aspiranti dovranno indicare obbligatoriamente ed espressamente le funzioni per le quali intendono concorrere e specificare sotto la propria responsabilità :

- a) Cognome, nome, data, luogo di nascita e di residenza nonché recapito telefonico;
- b) Qualifica rivestita e Servizio o Unità Operativa di appartenenza;
- c) I titoli di studio posseduti nonché il curriculum formativo e professionale;

- d) Eventuali ulteriori servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni, e le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- e) Il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui al punto "a)".

L'Amministrazione declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambio di domicilio indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa. Alla domanda i concorrenti dovranno allegare i documenti comprovanti il possesso dei requisiti richiesti ed inoltre, tutte le certificazioni relative ai titoli che abbiano attinenza con l'incarico da conferire e che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso un curriculum formativo e professionale redatto in carta libera, datato e firmato. I titoli devono essere prodotti in carta semplice, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 370/88, in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il candidato può fare riferimento agli atti in possesso dell'Amministrazione, contenuti all'interno del fascicolo personale, in tal caso questi devono essere dettagliatamente specificati nella domanda.

Nella eventuale certificazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79.

Per i dipendenti provenienti da altro Ente, l'esperienza professionale maturata presso l'Amministrazione di provenienza viene considerata con quella maturata presso questa Azienda, ai fini della valutazione complessiva.

Alla domanda deve essere unito in carta semplice un elenco dei documenti e titoli presentati, datato e firmato.

Modalità e termini per la presentazione delle domande

La domanda e la documentazione ad essa allegata deve essere inoltrata tramite Servizio postale, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Azienda Sanitaria Locale n° 2, Via Caduti sul Lavoro, 35 – 07026 Olbia; oppure presentata direttamente all'Ufficio del Protocollo dell'Azienda nei termini di seguito specificati.

Le domande verranno considerate come prodotte in tempo utile qualora siano spedite, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine di scadenza. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

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

Commissione Esaminatrice

La Commissione Esaminatrice, nominata dal Direttore Generale per l'attribuzione delle funzioni di coordinamento, provvederà a formulare un elenco di idonei, per il conferimento delle funzioni. L'idoneità dei candidati verrà accertata sulla base della valutazione dei titoli, del curriculum formativo e professionale e di un colloquio. In particolare si dovrà tenere conto dei requisiti culturali e professionali dei candidati, delle attività formative e di studio, delle attitudini e capacità professionali, delle esperienze specifiche acquisite nell'area di operatività. Per ciascun candidato dovrà essere formulato un giudizio complessivo motivato che dia conto della valutazione dei titoli, del curriculum e del colloquio. L'elenco degli idonei dovrà essere trasmesso al Direttore Generale che, con provvedimento motivato, individua i dipendenti cui affidare l'incarico.

Valutazione

Gli incarichi sono revocabili con il venir meno della funzione o in caso di valutazione negativa.

Norme finali

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando si rinvia all' art. 10 del C.C.N.L. Comparto Sanità II° biennio economico 2000/2001, all'art.4 del CCNL 10.04.2008, nonché al Regolamento aziendale per l'attribuzione delle funzioni di coordinamento. L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto o in parte, modificare o ritirare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli concorrenti, del relativo provvedimento.

Per ulteriori informazioni, gli aspiranti potranno rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale n° 2 di Olbia, Ufficio Personale – Via Caduti sul Lavoro, 35, Olbia, dalle 11 alle 13.30.

Il Direttore Generale: Dott. Giorgio Lenzotti

Domanda per il conferimento delle funzioni di coordinamento.

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale n° 2
Via Caduti del Lavoro, 35
07026 OLBIA

_____ l _____ sottoscritt _____ nat _____ a _____ provincia di _____ il ____/____/____, residente in _____ provincia di _____, in via / piazza _____ n° _____ CAP _____ numero di telefono _____ (recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni)

CHIEDE

Il conferimento dell'incarico di coordinamento:

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere nato a _____ provincia di _____
_____ il ____/____/____;
- Di essere residente in _____
provincia di _____ in
Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____;
- Di essere inquadrato nella qualifica di: _____;
- E di prestare servizio nella Unità Operativa
_____;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio
_____;

- Di aver prestato inoltre servizio presso _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____. Causa di cessazione del rapporto
di lavoro _____;
- Di accordare il consenso a che i propri dati possano essere trattati ed
essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad
adempimenti derivanti da obblighi di legge, ai sensi dell'art. 10 della L.
675/96;

Il sottoscritto allega alla presente elenco dei documenti e dei titoli
presentati, nonché curriculum formativo e professionale.

Data _____

Firma

(non necessita di autenticazione ai sensi del D.P.R. 445/2000)