

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE**

AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI SOSTITUZIONE
STRUTTURA COMPLESSA
“ANESTESIA E RIANIMAZIONE” DEL P.O. DI TEMPIO PAUSANIA
AI SENSI DELL’ART.18 C.CN.L. 08/06/2000 AREA DIRIGENZA MEDICA E
VETERINARIA

Al fine di garantire la continuità della direzione e la prosecuzione della funzionalità organizzativa della S.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Tempio Pausania, viene pubblicato, ai sensi dell’ art. 18 C.C.N.L. 08/06/2000 Area Dirigenza Medica e Veterinaria, il presente avviso interno:

1. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

Possono partecipare, al presente avviso, i Dirigenti dell’Azienda della struttura medesima titolari di incarico di Struttura Semplice ovvero di alta specializzazione o, comunque, della tipologia C) di cui all’ art. 27 del C.C.N.L 08/06/2000 – Area Dirigenza Medico Veterinaria.

2. MODALITA’ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI PARTECIPAZIONE:

I Dirigenti Medici aspiranti all’incarico devono inoltrare entro il 7° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito istituzionale dell’ Azienda www.aslolia.it - sezione “concorsi e selezioni”:

- a) domanda debitamente sottoscritta (mediante la compilazione dell’allegato schema);
- b) dettagliato curriculum formativo e professionale;
- c) documento di riconoscimento in corso di validità.

La domanda e la documentazione ad essa allegata saranno ammesse esclusivamente secondo le seguenti modalità:

- la consegna diretta 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 da indirizzare alla ASL 2 Olbia, via Bazzoni – Sircana 2 – 2/A - 07026 Olbia. La busta chiusa che contiene la domanda dovrà recare, al suo esterno, apposita dicitura “**Domanda di partecipazione all’avviso interno per il**

conferimento di un incarico di sostituzione S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Tempio Pausania.

- invio all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: protocollo@pec.asllobia.it.

Per le domande consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo dell'Azienda farà fede il timbro apposto dall'ufficio stesso.

Le domande presentate a mezzo posta, inviate entro il termine di cui sopra, verranno prese in considerazione solo se perverranno all'ufficio protocollo di questa Azienda entro il quinto (5°) giorno successivo alla data di scadenza del termine di cui sopra. A tal fine farà fede il timbro apposto dall'Ufficio protocollo aziendale. Per quanto attiene la spedizione, verrà effettuata comunque la verifica del timbro apposto dall'Ufficio postale.

Per le domande presentate tramite PEC fa fede la data di invio. Le comunicazioni pervenute all'indirizzo P.E.C. dell'Azienda saranno opportunamente acquisite e trattate esclusivamente se provenienti da indirizzi di posta elettronica certificata. Eventuali comunicazioni provenienti da caselle di posta non certificate non saranno acquisite.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è **perentorio**. Il mancato rispetto dei termini sopra descritti determina l'esclusione dalla procedura di che trattasi.

Qualora il termine fissato per la presentazione delle domande ricada in giorno festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno successivo non festivo.

L'amministrazione declina fin da ora ogni responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documenti dipendenti 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. Le domande devono essere complete della documentazione richiesta. Scaduto il termine di presentazione delle domande, non è possibile alcuna integrazione.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti o titoli è priva di effetti, e i documenti o i titoli, inviati successivamente alla scadenza del termine per la presentazione delle domande, non saranno presi in considerazione.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, **pena l'esclusione** dalla procedura. La sottoscrizione non necessita di autentica.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione, senza riserva, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate.

3. MODALITA' DI SELEZIONE:

L'individuazione del Dirigente, a cui conferire l'incarico di che trattasi, è effettuata dalla Direzione Aziendale mediante valutazione comparata dei curricula prodotti dai Dirigenti interessati.

4. DURATA E COMPENSO DELL'INCARICO:

L'incarico ha durata di mesi 6, prorogabili fino a 12 (art.18 CCNL 08/06/2000, comma 4), fatta salva qualsiasi diversa disposizione della Direzione Aziendale scaturente anche da una diversa strutturazione prevista nel nuovo atto aziendale, all'esito del percorso avviato.

Al Dirigente individuato, come sopra, non è corrisposto alcun emolumento per i primi 2 mesi. Qualora la sostituzione si protragga continuativamente oltre tale periodo, al Dirigente è corrisposta un'indennità mensile pari ad € 535,05.

5. NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Il presente avviso è consultabile sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia www.aslolbia.it nella sezione "Concorsi e selezioni".

Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi al Servizio Amministrazione del Personale della Asl 2 sito in via Bazzoni Sircana -2/2° - Olbia, dal Lunedì al venerdì dalle ore 11.00 alle 13.00 ai seguenti numeri telefonici: 0789/552.042 - 552.044 - 552.055 – 552.311.

(F.to)
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Paolo Tecleme

Data di pubblicazione sul sito dell' Azienda nella sezione "concorsi e selezioni" il: 31/05/2016

Scadenza presentazione delle domande il: 07/06/2016

FAC SIMILE DI DOMANDA

**Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria Locale n° 2
Via Bazzoni Sircana 2 – 2A
07026 OLBIA**

Il/ la sottoscritto/a _____ nato a _____,
il _____, residente a _____,
in via _____ n° _____, dipendente dell' Azienda Sanitaria Locale n.2
di Olbia, in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di _____,
in servizio presso _____ del Presidio Ospedaliero
di _____ dal _____,

CHIEDE

di partecipare all' avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di sostituzione - Struttura Complessa Anestesia e Rianimazione P.O. di Tempio Pausania - ai sensi dell'art.18 del C.CN.L. Area Dirigenza Medica e Veterinaria 08/06/2000.

A tal fine, allega alla presente, i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato;
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità.

Data e luogo _____

Firma _____