



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

DELIBERAZIONE N. 1557

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 12 SET. 2014

**OGGETTO:** Indizione mobilità regionale compartimentale ed intercompartimentale per titoli e colloquio per la copertura a tempo indeterminato di un posto di Collaboratore Professionale Amministrativo, categ.D. per il Settore Legale.

---

Il Direttore Generale	Dott. Antonio Garau
Coadiuvato dal:	
Direttore Amministrativo:	Dott. Attilio Murru
Direttore Sanitario:	Dott. Remigio Carlo Puddu

---

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 16 SET. 2014 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

Il Direttore Amministrativo

---

- VISTA** la deliberazione n.2746 del 21.11.2008 con la quale è stata rideterminata la dotazione organica provvisoria dell'area del personale del Comparto di questa Azienda Ospedaliera;
- ATTESO** che in data 01.02.2015 si renderà vacante un posto relativo al suddetto profilo professionale e che pertanto si rende necessario, non disponendo di valide graduatorie concorsuali dalle quali attingere per la sostituzione di detto personale, indire sin da ora una procedura di mobilità, ai sensi della normativa in materia
- ATTESO** che il D.lgs 30/03/2001 n.165 e ss.mm.ii. "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" all'art.30, recante la disciplina per il "Passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse" dispone che le Amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, debbano attivare le procedure di mobilità;
- RITENUTO** di dover individuare, nell' Ufficio legale, il settore al quale destinare il posto di che trattasi in base alle esigenze aziendali
- VISTO** il bando di mobilità che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
- RITENUTO** pertanto di dover indire avviso pubblico di mobilità regionale, compartimentale ed intercompartimentale, per titoli e colloquio per la copertura a tempo indeterminato di un
-

posto di Collaboratore Professionale Amministrativo, categ.D , per le esigenze del Settore legale

**CON**

il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

***D E L I B E R A***

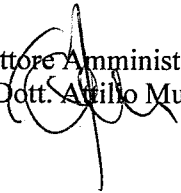
Per i motivi esposti in premessa:

- di indire un pubblico avviso di mobilità regionale compartimentale ed intercompartimentale, per titoli e colloquio per la copertura a tempo indeterminato di un posto di Collaboratore Professionale Amministrativo, categ.D, per il Settore Legale

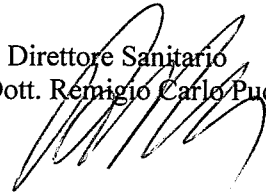
-di approvare il bando di mobilità, che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

-di disporre la pubblicazione del suddetto bando sul sito aziendale e sulla GURI

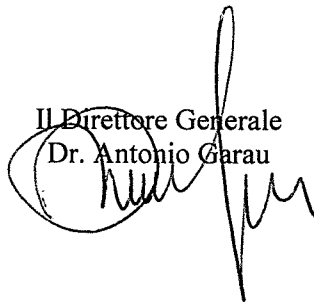
Il Direttore Amministrativo  
Dott. Atilio Murru



Il Direttore Sanitario  
Dott. Remigio Carlo Puddu



Il Direttore Generale  
Dr. Antonio Garau





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE COMPARTIMENTALE ED  
INTERCOMPARTIMENTALE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A  
TEMPO INDETERMINATO DI UN POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO  
PROFESSIONALE CATEGORIA D - SETTORE LEGALE**

Si rende noto che l'Azienda Ospedaliera Brotzu intende attivare la procedura di mobilità regionale tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità, ed intercompartimentale, ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001, per la copertura di un posto di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE, categoria D. per il Settore Legale

**REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare all'avviso di mobilità i candidati che possiedono i seguenti requisiti:

- a) dipendenti a tempo indeterminato di Aziende o Enti del S.S.N. o di altra Pubblica Amministrazione nel profilo di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE, categoria D
- b) essere in possesso della laurea in Giurisprudenza
- c) essere abilitati all'esercizio di Avvocato
- d) aver superato il periodo di prova nel profilo di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE, categoria D

I suddetti requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, oltre che alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando anche alla data del successivo ed effettivo trasferimento.

La carenza di uno solo dei requisiti stessi comporterà la non ammissione all'avviso ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto di trasferimento, la decadenza dal diritto di trasferimento.

**PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

L'avviso di mobilità è pubblicato integralmente sul sito aziendale [www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it) - Sezione Concorsi e Selezioni

Il termine perentorio per la presentazione delle domande scade il 30° giorno successivo alla data di pubblicazione del relativo avviso sul sito Internet Aziendale. Qualora il giorno di

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

scadenza fosse festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Le domande di partecipazione alla procedura di mobilità, redatte in carta semplice, dovranno essere presentate entro il termine di scadenza indicato nel bando, secondo le modalità seguenti:

- spedite a **mezzo di raccomandata** con avviso di ricevimento indirizzata: Al Direttore Generale - Azienda Ospedaliera G.Brotzu - Piazzale A. Ricchi, 09134 Cagliari
- tramite utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) **personale** del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail : [concorsi.selezione@pec.aobrotzu.it](mailto:concorsi.selezione@pec.aobrotzu.it)

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Ospedaliera.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo:

1. sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

2. sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda Ospedaliera, anche certificata, non verranno prese in considerazione.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

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.

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

Qualora detto giorno sia festivo, o un sabato, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

Non saranno considerate prodotte in tempo utile le domande che pervengano (anche tramite P.E.C.) dopo il termine sopraindicato, qualunque sia la causa del ritardato arrivo.

Le domande di ammissione si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo di raccomandata, con avviso di ricevimento, entro il termine indicato; a tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

L'Amministrazione non assume responsabilità per dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato in domanda, né da eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Le istanze di mobilità giacenti presso la AOB o che pervengono prima della pubblicazione del presente avviso di mobilità sul sito aziendale non saranno prese in considerazione; pertanto coloro che avessero già presentato domanda di trasferimento anteriormente alla pubblicazione del presente avviso di mobilità dovranno presentare nuova domanda contenente specifico riferimento al presente avviso entro i termini di scadenza previsti. Analogamente non verranno prese in considerazione domande di mobilità che, pur pervenute nei termini di scadenza dell'avviso, non facciano esplicito riferimento allo stesso.

### CONTENUTO DELLA DOMANDA

Le domande di partecipazione alla procedura di mobilità dovranno essere redatte obbligatoriamente secondo lo schema e la modulistica allegati al presente avviso, e contenere tutte le dichiarazioni e le informazioni necessarie che i candidati sono tenuti a fornire ai fini dell'eventuale mobilità, nel caso di concessione di parere favorevole, quali contenute nello schema di domanda (allegato A al presente avviso).

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella domanda il candidato, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, deve dichiarare:

- 1) il nome e cognome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
  - 2) il possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
  - 3) l'iscrizione nelle liste elettorali (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);
  - 4) lo stato di dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato nel profilo di Collaboratore Amministrativo Professionale categoria D con indicazione della data di inizio del rapporto di lavoro e della tipologia di orario (se a tempo pieno ovvero a tempo parziale);
  - 5) l'azienda/amministrazione di appartenenza, con indicazione dell'indirizzo della sede legale;
  - 6) la posizione funzionale ricoperta, il profilo/la categoria e la fascia economica;
  - 7) la struttura organizzativa dell'azienda di appartenenza presso la quale presta attualmente servizio;
  - 8) il superamento del periodo di prova nell'ente di appartenenza;
  - 9) il titolo di studio posseduto e i requisiti di ammissione richiesti;
  - 10) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
  - 11) le eventuali condanne penali riportate nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti;
  - 12) la sussistenza o meno di procedimenti disciplinari di destituzione, decadenza o dispensa dal servizio, nonché la sussistenza o meno di procedimenti disciplinari nel corso dell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso di mobilità;
-



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

- 13) il possesso dell' idoneità fisica al servizio ovvero le limitazioni allo svolgimento delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza;
- 14) l'eventuale assunzione ex l. 68/1999;
- 15) l'eventuale godimento benefici ex art. 33, Legge n°104/1992;
- 16) l'autorizzazione all'Azienda al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.
- 17) il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto ogni necessaria comunicazione inerente la procedura di mobilità. In caso di mancata indicazione varrà a tutti gli effetti il luogo di residenza indicato nella domanda di partecipazione;
- 18) il numero telefonico o l'indirizzo e-mail, se posseduto, per eventuali comunicazioni.

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda dovranno essere allegati:

- un curriculum della propria attività professionale e scientifica maturata nel settore legale nella posizione funzionale di Collaboratore Amministrativo Professionale categoria D, redatto in carta semplice e debitamente sottoscritto;
- un elenco dei titoli posseduti alla data della domanda e che l'interessato ritiene utile far valere ai fini del trasferimento;
- una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- ogni ulteriore titolo ritenuto utile ai fini della valutazione della richiesta.

Ai sensi dell'art. 15 della legge 12.11.2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione riguardanti stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni) e 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. 445 del 28.12.2000.

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

Il possesso dei requisiti di ammissione ed i titoli e servizi che il candidato ritenga opportuno presentare agli effetti della ammissione e agli effetti della formulazione della graduatoria devono essere dichiarati mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (che può essere contestuale alla domanda) secondo i modelli fac-simile allegati. La dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (art. 46 e 47 DPR 445 del 28.12.2000) deve obbligatoriamente riportare la seguente dicitura: "il sottoscritto consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara ..." (allegato B).

Non saranno considerate valide ai fini della valutazione dei titoli dichiarazioni rese con modalità diverse da quelle sopra specificate o documenti che non siano in originale o in copia autenticata o in copia dichiarata conforme all'originale secondo quanto sopra specificato.

I titoli, se presentati in fotocopia semplice devono essere muniti della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale, pena la mancata valutazione dei titoli.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa. Le pubblicazioni saranno valutate solo se presentate in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale (con le modalità di cui agli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000).

In mancanza di esatta o puntuale indicazione dei titoli posseduti e dei servizi prestati, gli stessi saranno valutati solo se e nella misura in cui le indicazioni necessarie saranno sufficienti.

---





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

Le istanze di mobilità dovranno essere sottoscritte dagli aspiranti a pena di esclusione e dovranno indicare il domicilio presso il quale deve essere inoltrata ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso di mobilità di cui trattasi; ogni eventuale cambiamento del domicilio va tempestivamente comunicato all'A.OB. In caso di mancata indicazione varrà a tutti gli effetti il luogo di residenza indicato nella domanda di partecipazione.

La redazione di dichiarazioni mendaci e/o l'omissione di informazioni richieste dall'avviso determinano l'esclusione dalla procedura o, se riscontrate in seguito, successivamente alla stipulazione del contratto individuale, sono causa di decadenza dall'impiego.

In fase di istruttoria l'A.OB si riserva la facoltà di effettuare opportune verifiche che comporteranno l'esclusione dalla graduatoria in caso di dichiarazioni non veritiere. Tutti i requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, oltre che alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande previsto dal bando di mobilità, anche alla data del successivo ed effettivo trasferimento. La mancanza di tali requisiti comporterà la non ammissione alla procedura di mobilità ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto del trasferimento la decadenza dal diritto di trasferimento.

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

### **COMMISSIONE ESAMINATRICE**

Le domande di partecipazione all'avviso di mobilità, con la relativa documentazione allegata, ritenute ammissibili, sono valutate da apposita Commissione Esaminatrice, preposta alla valutazione delle domande di partecipazione e del successivo colloquio dei candidati aspiranti al trasferimento.

Valutazione delle domande di partecipazione

La Commissione disporrà di:

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

30 PUNTI per i TITOLI e

70 PUNTI per il COLLOQUIO

All'interno del punteggio riservato ai titoli la Commissione può decidere ulteriori ripartizioni fra: a) titoli di carriera, b) titoli accademici e di studio, c) pubblicazioni e titoli scientifici, d) curriculum formativo e professionale.

I candidati vengono collocati in graduatoria sulla base del punteggio ottenuto, che, per il colloquio, non può essere inferiore a 36/70.

La valutazione delle domande è volta a ricercare le professionalità ritenute più idonee a ricoprire le specifiche posizioni lavorative ed avviene, tenuto conto dei curricula (titoli di studio, corsi di perfezionamento, aggiornamento e tutto ciò che concorra all'arricchimento professionale in relazione al posto da ricoprire) e di tutte le informazioni attinenti il rapporto di lavoro e in relazione alla professionalità attestata dal candidato.

La Commissione, valutate le domande di mobilità, procede al colloquio valutativo finalizzato all'approfondimento delle capacità professionali di ciascun candidato e delle relative esperienze attestate nella domanda di partecipazione.

**La data, l'ora e la sede di svolgimento del colloquio vengono resi noti mediante pubblicazione sul sito web aziendale ai sensi dell'art. 32 legge n. 69/2009, almeno 7 giorni prima della data fissata per lo svolgimento del colloquio.**

Tale pubblicazione ha valore di notificazione a tutti gli effetti.

I candidati dovranno presentarsi muniti di un valido documento di riconoscimento.

Coloro che non si presenteranno al previsto colloquio nelle date prefissate, saranno automaticamente esclusi dalla procedura.

Viene comunque escluso il candidato che non abbia conseguito un giudizio di sufficienza nel colloquio.

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

### ESITO DELLA PROCEDURA

La graduatoria della procedura di mobilità è approvata con provvedimento dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, ed è immediatamente efficace.

L'attuazione della procedura di mobilità è condizionata dalla necessaria valutazione positiva, globale e comparata dei requisiti soggettivi e di tutte le informazioni attinenti al rapporto di lavoro ed alla professionalità degli interessati, in rapporto al posto da ricoprire, nonché dalla rispondenza alle effettive esigenze dell'Ente in relazione alla professionalità da ricercare.

L'Amministrazione si riserva la possibilità di non procedere alla copertura dei posti qualora, dal colloquio eventualmente effettuato e dall'esame dei titoli posseduti dagli aspiranti, secondo le risultanze del verbale della Commissione, non si rilevino professionalità rispondenti alle esigenze aziendali.

Il perfezionamento della mobilità a favore del candidato idoneo di ogni singolo bando è subordinato al rilascio del relativo nulla osta da parte dell'Azienda/Ente di appartenenza o del preavviso previsto, secondo quanto disciplinato dai relativi CC.CC.NN.LL. dell'area del personale non dirigenziale del comparto sanità, cui si rimanda per ogni conseguente effetto.

I candidati individuati sono invitati a produrre il nulla osta rilasciato da parte dell'Amministrazione di appartenenza, qualora previsto.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare la procedura in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

### DISPOSIZIONI FINALI

La partecipazione al presente avviso di mobilità comporta l'accettazione, senza alcuna riserva, di tutte le prescrizioni ivi contenute.

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

### TUTELA DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'AOB per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati presso una banca dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

### NORME DI SALVAGUARDIA

Per quanto non particolarmente contemplato nel presente avviso si intendono qui richiamate, a tutti gli effetti, le disposizioni di legge e regolamentari vigenti in materia.

L'Azienda Ospedaliera G.Brotzu si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio Garau

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

ALLEGATO "A"

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU  
Piazzale A.Ricchi  
09134 CAGLIARI

Il sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato a

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

residente in Via / Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico

**Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la mobilità:**

Via / Piazza

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità regionale, compartimentale ed intercompartimentale, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo indeterminato di un posto di **Collaboratore Amministrativo Professionale , Categoria D, Settore Legale**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

di essere nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
di possedere cittadinanza \_\_\_\_\_

(per i cittadini di uno dei Paesi dell'U.E., dichiarare adeguata conoscenza della lingua italiana ed il possesso dei requisiti civili e politici anche negli stati di appartenenza);

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

(ovvero precisare il motivo di non iscrizione) \_\_\_\_\_

di non avere riportato condanne penali ovvero le eventuali condanne penali riportate (rendere la dichiarazione che interessa) \_\_\_\_\_

di non avere procedimenti penali in corso ovvero di avere procedimenti penali in corso (rendere la dichiarazione che interessa) \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio di Avvocato  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari è la  
seguente (solo per i candidati di sesso  
maschile) \_\_\_\_\_

di essere a rapporto di lavoro a tempo indeterminato con la seguente  
Azienda \_\_\_\_\_ e di essere inquadrato

nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ ad oggi nel Servizio \_\_\_\_\_  
con indicazione della tipologia di orario (se a tempo pieno ovvero a  
tempo parziale) \_\_\_\_\_

di aver effettuato il periodo di prova;

di non avere subito nell'ultimo biennio dalla data di pubblicazione  
dell'avviso di mobilità sanzioni disciplinari definitive superiori alla  
censura;

di essere in possesso dell'idoneità fisica al posto da ricoprire senza  
alcuna limitazione;

di essere stato assunto ex l. 68/1999 \_\_\_\_\_

di godere dei benefici ex art. 33, Legge n°104/1992 \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Azienda Ospedaliera Brotzu

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196, per gli adempimenti connessi al presente avviso.

Ai fini dell'ammissione e della valutazione di merito, il sottoscritto allega:

**Curriculum formativo e professionale**, datato e firmato formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

**elenco documenti** presentati;

**copia documento di riconoscimento** in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

(firma per esteso)

---



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

ALL. B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

cognome

nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO LE SEGUENTI AZIENDE SANITARIE/ ENTI PUBBLICI O PRIVATI SOLO SE CONVENZIONATI CON SSN

DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare <input type="checkbox"/> Libero Professionist <input type="checkbox"/> Co.Co. Co. <input type="checkbox"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare <input type="checkbox"/> Libero Professionist <input type="checkbox"/> Co.Co. Co. <input type="checkbox"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare <input type="checkbox"/> Libero Professionist <input type="checkbox"/> Co.Co. Co. <input type="checkbox"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare <input type="checkbox"/> Libero Professionist <input type="checkbox"/> Co.Co. Co. <input type="checkbox"/> Interinale

SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA DELLE INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO

Letto, confermato e sottoscritto

li \_\_\_\_\_





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

ALL. C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

cognome

nome

nat a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO I SEGUENTI ENTI PRIVATI:

DAL Giorno/ mese/ anno	AL Giorno/ mese/ anno	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co. Co. <input type="checkbox"/> Interinale
____/____/____	____/____/____			
____/____/____	____/____/____			
____/____/____	____/____/____			
____/____/____	____/____/____			

SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA DELLE INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO

Letto, confermato e sottoscritto

li \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

ALL. D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_

cognome

nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara

**di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento, convegni, seminari, ecc**

TITOLO DEL CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	N.GIORNI	TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_

li

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Azienda Ospedaliera Brotzu

ALL. E

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 D. P. R. 445/2000)

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_ \_\_\_\_\_

cognome

nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara di aver svolto le seguenti attività di docenza:

TITOLO CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA DI SVOLGIMENTO	MATERIA DI INSEGNAMENTO	N° ORE DOCENZA

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

ALL. F

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART.47 D.P.R.445/2000)

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_ \_\_\_\_\_  
 cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
 in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara di essere in possesso delle sotto elencate certificazioni:

TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE
o Volontario o Borsista o Ricercatore o Altro (specificare)			
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____/____	ENTE

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_