



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

DELIBERAZIONE N. 628

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 24 APR. 2015

**OGGETTO:** Indizione mobilità regionale per la copertura di due posti di Dirigente Medico di Cardiologia per la S.C. di Cardiologia Pediatrica.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 27 APR. 2015 per 15 gg. consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott. ssa Graziella Pintus
coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Nazzareno Pacifico

**SU** proposta della SC Amministrazione del Personale

**VISTO** l'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm. relativo alla disciplina sul "Passaggiodiretto di personale tra amministrazioni"

**VISTO** il D.Lgs. n.502/1992 e ss.mm.ii. sul Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L.23 ottobre 1992, n.421

**VISTO** l'art. 20 - CCNL 08/06/2000 I biennio economico e al'rt. 41 CCNL 10/02/2004 Area IV - Dirigenza Medica

**VISTA** la Legge Regionale n. 23 del 17/11/2014 Legge n. 23 del 17/11/2014 avente oggetto "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012"

**PREMESSO** che nella Dotazione Organica di questa Azienda Ospedaliera risultano vacanti, tra gli altri, due posti di Dirigente medico nella disciplina di Cardiologia, istituiti per la SC di Cardiologia Pediatrica

**VALUTATA** la richiesta del direttore della SC di Cardiologia Pediatrica, prot.int .n.70 del 08/04/2015, volta all' acquisizione di due unità dirigenziali al fine di garantire il corretto svolgimento delle attività afferenti alla Struttura

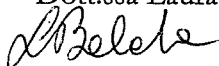
- ATTESO** che per effetto del suddetto articolo per la copertura dei suddetti posti di cui sopra si provvederà mediante l'attivazione delle procedure di mobilità, come previsto dalla normativa in materia
- VISTO** il bando di mobilità che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
- RITENUTO** pertanto di dover indire avviso pubblico di mobilità regionale per la copertura di due posti di Dirigente Medico nella disciplina di Cardiologia per la S.C. di Cardiologia Pediatrica
- CON** il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

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

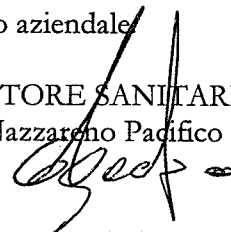
Per i motivi esposti in premessa:

- 1) di indire pubblico avviso di mobilità regionale per la copertura di due posti di Dirigente Medico nella disciplina di Cardiologia per la S.C. di Cardiologia Pediatrica
- 2) di approvare il bando di mobilità, che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
- 3) di disporre la pubblicazione del suddetto bando sul sito aziendale

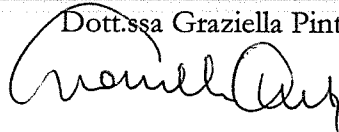
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Laura Balata



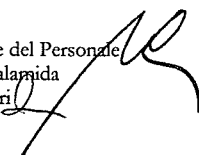
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Nazzareno Pacifico



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Graziella Pintus



S.C. Amministrazione del Personale  
Direttore Dott. M. Calamida  
Resp.Proced. R.Addari





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATO  
ALLA COPERTURA DI DUE POSTI DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA  
CARDIOLOGIA PER LA S.C. CARDIOLOGIA PEDIATRICA**

In esecuzione della delibera n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/2015 è indetto avviso di mobilità regionale per titoli e colloquio, per la copertura di due posti di Dirigente Medico nella disciplina di Cardiologia per la S.C. Cardiologia Pediatrica dell' AOB, ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria..

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, delle condizioni del presente bando e di tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti della A.O. "Brotzu".

**1 – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

La partecipazione al presente avviso è riservata ai dipendenti delle Aziende e di tutti gli Enti del SSN Regionale che risultano essere in servizio, **con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nel profilo professionale di Dirigente Medico di Cardiologia** che, alla scadenza del presente bando, abbiano superato il prescritto periodo di prova.

I suddetti requisiti devono essere posseduti oltre che alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando anche alla data del successivo ed effettivo trasferimento, e la carenza di uno solo dei requisiti stessi comporterà la non ammissione all'avviso ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto del trasferimento, la decadenza dal diritto al trasferimento.

**Inoltre chi abbia già presentato domanda di mobilità volontaria alla A.O. "Brotzu", dovrà ripeterla per partecipare al presente avviso.**

**2 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice e secondo lo schema allegato (allegato A) al presente bando, dovrà essere indirizzata al Direttore Generale della A.O.B.- Piazzale Ricchi 1 09134 Cagliari e dovrà pervenire entro il termine perentorio del 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del bando sul sito aziendale [www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it) – Sezione Concorsi e Selezioni

Le domande potranno essere presentate 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 .

La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta determinerà l'esclusione dall'avviso.

- tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

**P.E.C. concorsi.selezione@pec.aobrotzu.it** nel caso in cui il partecipante sia in possesso di una casella di posta elettronica certificata (PEC), entro il termine perentorio del 30°giorno successivo alla data di pubblicazione del bando sul sito aziendale www.aobrotzu.it – Sezione Concorsi e Selezioni

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante o la data di invio della PEC certificata dal gestore della stessa PEC.

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata ( PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

Le domande di partecipazione alla mobilità e la relativa documentazione dovranno essere esclusivamente trasmesse in un unico formato PDF, pena la non ammissione al concorso se presentate in formati differenti. Inoltre si precisa che le domande trasmesse mediante PEC saranno valide solo se inviate in formato non modificabile e se:

- sottoscritte mediante firma digitale;

-oppure sottoscritte nell'originale scansionato ed accompagnate da fotocopia del documento di identità in corso di validità.

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

Non saranno imputabili all'amministrazione eventuali disguidi postali e di trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti o il riferimento a documenti e titoli in possesso dell'Amministrazione è priva di effetto.

Non saranno comunque prese in considerazione le domande inviate prima

Nella domanda, da compilarsi secondo il modello allegato "A" al presente bando, da scrivere esclusivamente a macchina o in stampatello, i candidati dovranno dichiarare, sotto la loro personale responsabilità e consapevoli delle pene stabilite per false certificazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:

- a) cognome e nome;
- b) il luogo e la data di nascita nonché il Comune di residenza;
- c) il titolo di studio posseduto e l'iscrizione all'albo professionale;
- d) l'Azienda o Ente di appartenenza ed il relativo indirizzo della sede legale;
- e) Profilo professionale
- f) disciplina d'appartenenza;
- g) l'avvenuto superamento del periodo di prova;
- h) i servizi prestati presso Aziende ed enti del comparto sanità e le eventuali cause di cessazione;

La domanda dovrà indicare, altresì, il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inoltrata ogni comunicazione relativa al presente avviso. Ogni eventuale successivo cambiamento va tempestivamente comunicato all'Amministrazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto il luogo di residenza dichiarato nella domanda di partecipazione.

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

### 3 - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

Si applicano le disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive di cui al DPR 445/2000, così come modificato dall'art. 15 della Legge n. 183 del 12 novembre 2011.

*Ai sensi dell'art.40 del D.P.R. 445/2000, come modificato dall'art.15 della L.183/2011, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide ed utilizzabili solo nei rapporti tra privati.*

*Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e con gestori di pubblici servizi, i certificati e gli atti di notorietà sono sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 dello stesso decreto.*

La domanda di partecipazione al concorso deve essere redatta secondo lo schema esemplificativo di cui all'allegato 1) e deve contenere dichiarazione sostitutiva relativamente **al possesso dei requisiti specifici** previsti dal bando.

I titoli che i candidati ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito (stati di servizio, titoli di studio superiori a quello richiesto dal presente bando quale requisito di ammissione, pubblicazioni, corsi di aggiornamento come uditore o relatore etc.) devono essere autocertificati secondo quanto previsto dalla normativa vigente mediante dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto notorio.

Alla domanda si deve allegare :

elenco dettagliato in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato;

un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, **che non può avere valore di autocertificazione** fotocopia, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La domanda di partecipazione redatta secondo l'allegato 1) e la dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà redatta secondo l'allegato 2) dovranno contenere tutti gli elementi utili e necessari ad individuare in modo univoco le certificazioni che sostituiscono, secondo le indicazioni specificate negli stessi schemi esemplificativi. In mancanza di tali elementi non si terrà conto delle dichiarazioni rese.

Le dichiarazioni sostitutive rese sotto la propria responsabilità dovranno contenere un espresso richiamo agli articoli di legge che le regolano ed alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

Con la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 del DPR 445/2000 è peraltro possibile comprovare la conformità all'originale della copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, della copia di una pubblicazione, ovvero della copia di titoli di

studio o di servizio (artt. 19 e 19-bis DPR 445/2000). Tale dichiarazione, resa con le modalità sopraindicate, dovrà espressamente risultare e può essere apposta in calce alla copia stessa .

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e materialmente presentate.

Le dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 48, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, hanno la stessa validità degli atti che sostituiscono.

Verranno presi in considerazione i titoli redatti in lingua italiana, inglese e francese con l'esclusione dei titoli redatti in altre lingue, se non accompagnati da traduzione in lingua italiana effettuata da un traduttore pubblico in possesso del necessario titoli di abilitazione.

Questa Amministrazione è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183 del 12 novembre 2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all'autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia.

Fermo quanto previsto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### **4 – VALUTAZIONE**

La Commissione, dopo aver valutato la documentazione di cui sopra, convocherà i candidati, a mezzo di comunicazione postale, per il sostenimento di un colloquio nel quale verranno valutati tutti gli elementi atti a comprovare il possesso delle competenze professionali e dell'esperienza necessarie all'espletamento delle attività di alta specializzazione dell' incarico.

Per le esigenze della Struttura Complessa, il candidato deve dimostrare di possedere:

Documentata esperienza lavorativa di almeno sei mesi in un reparto di Cardiologia Pediatrica, con responsabilità diretta diagnostica e terapeutica con pazienti pediatrici ed adulti affetti da cardiopatia congenita

Documentata buona conoscenza di metodiche diagnostiche ecocardiografiche nel campo della cardiologia pediatrica e fetale ed esperienza nel campo della diagnostica invasiva emodinamica.

#### **5 - NOMINA DEGLI IDONEI**

Dall'insieme della verifica documentale e dall'esito del colloquio, la commissione stenderà un giudizio di massima che verrà comunicato al Direttore Generale dell'Azienda.

La valutazione potrà concludersi con un giudizio di non idoneità rispetto alle esigenze aziendali.

L' attribuzione dell'incarico verrà effettuata dal Direttore Generale sulla base del giudizio di idoneità espresso dalla suddetta commissione.

I candidati aventi diritto alla mobilità che non assumano servizio entro il termine indicato successivamente dall'Amministrazione nella comunicazione di accoglimento del trasferimento ovvero, saranno considerati decaduti dal diritto al trasferimento.



L'Azienda, verificato il possesso dei requisiti generali di assunzione del candidato avente diritto, procede alla stipula del contratto individuale di lavoro nel quale, tra l'altro, sarà fissata la data di inizio servizio e d il conseguente trattamento economico.

#### **6 – NORME FINALI**

La A.O.B. si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Ai sensi del D.Lgs n° 196 del 30.6.03, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dall'ufficio competente per le finalità inerenti la gestione della procedura e saranno trattati presso una banca dati sia automatizzata che cartacea anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

Per quanto non previsto dal presente bando e dalla normativa in esso richiamata viene fatto espresso riferimento alle norme che disciplinano il rapporto di lavoro del personale delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

La documentazione allegata alle domande di partecipazione non sarà restituita a nessun candidato partecipante.

Per informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'Azienda Ospedaliera Brotzu- Uff.Amm.ne – Piazzale Ricchi 1 Cagliari, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, ovvero consultare il sito internet dell'Azienda [www.aob.it](http://www.aob.it)

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Dr.ssa Graziella Pintus**

Handwritten signature and initials in the bottom left corner of the page.

**DOMANDA MOBILITA' REGIONALE PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATO  
ALLA COPERTURA DI DUE POSTI DI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA  
CARDIOLOGIA PER LA S.C CARDIOLOGIA PEDIATRICA**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera Brotzu  
Piazzale Ricchi – 09134 Cagliari

_l_ sottoscritt _____ nat a _____ provincia di _____ il ___ / ___ / ___ residente in _____ provincia di _____ in via/ p.zza _____ n° _____ CAP _____ numero di telefono _____ / _____ (recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente Mobilità e' il seguente:) VIA _____ COMUNE _____ CAP _____ RECAPITO TELEFONICO _____ / _____
--

**CHIEDE:**

di essere ammesso alla MOBILITA', PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATO ALLA COPERTURA  
DI DUE POSTI DIRIGENTE MEDICO NELLA DISCIPLINA CARDIOLOGIA PER  
LA SC CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Dichiara sotto la propria responsabilità :

di essere nat a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;

di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

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

( ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali medesime

di non aver riportato condanne penal

ovvero di aver riportato condanne penali per \_\_\_\_\_

di essere nella seguente posizione per ciò che concerne gli obblighi militari :

g) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio





conseguiti in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(indicare laurea e specializzazione specificando se quest'ultima è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n° 257/1991 o del D.Lgs. n° 368/1999, nonché la durata del corso in quanto oggetto di valutazione);

h) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

di essere di essere in servizio di ruolo presso \_\_\_\_\_

di aver superato il periodo di prova \_\_\_\_\_

di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni di Dirigente Medico di Cardiologia di non aver prodotto istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità anche parziale allo svolgimento delle predette mansioni.

- di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (da indicare solo con rapporto di **dipendenza** a tempo indeterminato o determinato \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_
- . 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 domanda:

COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE

DATATO E FIRMATO

DOCUMENTI (in originale o in fotocopia autocertifica o autocertificazione)

ELENCO NUMERATO DI TUTTI I DOCUMENTI PRESENTATI DATATO E FIRMATO

PUBBLICAZIONI (devono essere allegate in originale o in copia autenticata e non solo elencate)

elenco copia dei documenti e dei titoli presentati, nonché curriculum formativo e professionale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

( non necessita di autenticazione ai sensi della L. n°127/97 )

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato 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="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indicare pe <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co. Co. <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indica <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co. Co. <input type="radio"/> Interinale
DAL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO <input type="radio"/> Tempo indeterminato <input type="radio"/> Tempo determinato <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Part time (indica <input type="radio"/> Libero Professionista <input type="radio"/> Co.Co. Co. <input type="radio"/> Interinale

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

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

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_

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

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

**Letto, confermato e sottoscritto**

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato 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,

**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="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore
				TIPO DI CORSO <input type="radio"/> Con esame finale <input type="radio"/> Senza esame <input type="radio"/> Quale Relatore <input type="radio"/> Quale Uditore

**Letto, confermato e sottoscritto**

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



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_

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
<input type="radio"/> Volontario <input type="radio"/> Borsista <input type="radio"/> Ricercatore <input type="radio"/> Altro (specificare)	DAL Giorno/ mese/ anno ____/____/____	AL Giorno/ mese/ a ____/____	
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

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(D.P.R. 445/00)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi di quanto disposto dal  
D.P.R. 445/00, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sottoelencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso le persone fisiche o giuridiche sottoelencate (indicare per ciascun documento i dati relativi alla persona fisica o giuridica che possiede gli originali).

Descrizione documento	Indicazione possessore
-----------------------	------------------------

_____	_____
-------	-------

Di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Di accordare il consenso, in base all'art.10 della Legge 675/96 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Il dichiarante

- Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, debitamente sottoscritto.





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Ospedaliera Brotzu

**AOBrotzu**

Dipartimento di  
Patologia Cardiaca

Struttura Complessa  
Cardiologia Pediatrica

**Roberto Tumbarello**  
Direttore

tel. + 39 070 539695  
rtotumbarello@aob.it  
rdiopediatria@aob.it

**Segreteria:**

tel. + 39 070 531940  
fax + 39 070 539434  
segcardped@aob.it

S.S.N.  
REGIONE SARDEGNA

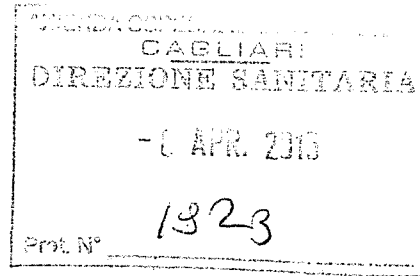
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Struttura di rilievo nazionale e di  
alta specializzazione  
(D.P.C.M. 08/04/93)

P.le A. Ricchi 1  
09134 Cagliari (Italia)

C.F. e P.I.  
02315520920

Cagliari, 7/4/2015



Alla c.a. del dott. Nazzareno Pacifico  
Direttore Sanitario  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Oggetto: concorso cardiologi per la Cardiologia Pediatrica

Gent.mo dott. Pacifico,  
l'organico della cardiologia pediatrica è attualmente privo di due cardiologi (un posto vacante per il trasferimento della dott.ssa Maria Cristina Tavera dal 1/2/2015 e un posto creato con la delibera n. 228 del 13/2/2013 mai messo a concorso).

Le chiedo pertanto di attivare urgentemente la mobilità per questi due posti in modo da garantire il corretto svolgimento dell'attività del reparto creando meno disservizi ai pazienti.

Le chiedo inoltre di coprire il posto di pediatra (vacante dal mese di ottobre 2014 con la rinuncia della dott.ssa Emanuela Portas) con la figura di un cardiologo. La specificità del lavoro presso il centro da me diretto, infatti, si è modificato negli ultimi anni, soprattutto per l'enorme incremento dei cardiopatici congeniti adulti (GUCH), richiedendo competenze più cardiologiche che pediatriche.

Cordialmente  
Dott. Roberto Tumbarello

*Esprimere parere favorevole*