



**SELEZIONE INTERNA PER TITOLI E COLLOQUIO**  
**PER L'ATTRIBUZIONE DI N. 12 INCARICHI DI COORDINAMENTO**

Si comunica che in esecuzione della deliberazione n° 857 del 25/10/2012 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari ha disposto:

- la riapertura dei termini per la presentazione delle domande di partecipazione alla selezione interna, per titoli e colloquio, per l'attribuzione di incarichi di coordinamento indetta con deliberazione n. 400 del 18/06/2010.

Si precisa che le domande di partecipazione presentate, entro il 07/07/2010, ai sensi del bando di cui alla deliberazione n. 400 del 18/06/2010 sono considerate valide e che è data facoltà di integrazione delle stesse (es. tutti i titoli ed i documenti che i candidati ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria, ovvero titoli di carriera, titoli accademici e di studio, pubblicazioni e titoli scientifici ivi compreso un curriculum formativo e professionale datato e firmato dal candidato).

- di individuare i seguenti n. 12 incarichi di coordinamento per il personale infermieristico e tecnico sanitario relativamente alle strutture di seguito elencate:

**P.O. San Giovanni di Dio**

- S.C. Medicina I ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Medicina II ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Anestesia e Rianimazione ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Oculistica ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Otorinolaringoiatria ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Ostetricia e ginecologia ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Ostetricia e ginecologia ( collaboratore professionale sanitario ostetrica )
- S.C. Laboratorio Analisi ( collaboratore professionale sanitario tecnico di laboratorio biomedico )

**P.O. Monserrato**

- S.C. Anestesia e Rianimazione ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Blocco M ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Blocco N ( collaboratore professionale sanitario infermiere )
- S.C. Chirurgia B ( collaboratore professionale sanitario infermiere )

- di sostituire l'art. 3 del bando di cui alla deliberazione n. 400 del 18/06/2010 con il seguente:

**ART. 3 PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le domande di partecipazione alla selezione e la documentazione ad essa allegata deve essere inoltrata alternativamente:

1) con Posta Elettronica Certificata (PEC) esclusivamente all'indirizzo [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it) avendo cura di allegare, esclusivamente in formato pdf, tutta la documentazione richiesta;

2) tramite Servizio Pubblico Postale, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Azienda Ospedaliero Universitaria via Ospedale 54 – 09124 Cagliari;

3) presso il Protocollo Generale dell' Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari, via Ospedale, 54 – Cagliari, negli orari di apertura dello stesso (dal lunedì al venerdì: 8.30 – 13.00; il martedì dalle 15.00 alle 17.30).

E' esclusa ogni altra forma di trasmissione.

Il termine per l'inoltro delle domande e dei documenti allegati, pena esclusione dalla selezione, è fissato entro il quindicesimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito aziendale [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it).

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

Per le domande inviate tramite Servizio Pubblico Postale farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante; per quelle consegnate a mano, il timbro datario dell'Ufficio Protocollo.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione.

Nella domanda, redatta su carta libera, i partecipanti devono indicare sotto la propria responsabilità:

- a) il nome e cognome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) la data di assunzione presso l'AOU e/o le ASL o presso le cessate UU.SS.LL. ;
- c) il possesso dei requisiti specifici di ammissione di cui all'art. 2 del presente bando (specificare);
- d) di essere in possesso dell'idoneità fisica;
- e) l'eventuale diritto di preferenza per la collocazione in graduatoria in caso di parità di merito;
- f) il domicilio presso il quale devono essere fatte le comunicazioni relative alla selezione ed il recapito telefonico;
- g) indicazione della selezione a cui si intende partecipare: presidio ospedaliero e struttura.

Gli aspiranti devono allegare alla domanda le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria, ivi compreso un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e sottoscritto.

Si precisa che tale curriculum non ha valore di autocertificazione, se non redatto ai sensi e nelle forme di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

I titoli devono essere prodotti in originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente.

Saranno valutati solo i titoli presentati per la presente selezione, non è ammesso generico riferimento ai titoli già in possesso di questa Amministrazione.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

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

Con la stessa domanda di ammissione non si può partecipare a più di una selezione tra quelle di cui all'oggetto; qualora, con una sola domanda, si chieda di partecipare a più selezioni verrà presa in considerazione

esclusivamente la prima richiesta. Se si intende partecipare a più selezioni è necessario proporre più domande. A ciascuna domanda deve essere allegata la documentazione di cui al presente articolo.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazione dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante, da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda di partecipazione deve essere sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione. Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione.

Per quanto attiene alla domanda ed alle dichiarazioni presentate per via telematica si specifica che queste sono valide se effettuate secondo quanto previsto dall'art. 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005.

### **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE**

**Il candidato, ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183 del 12/11/2011, in luogo delle certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione deve avvalersi, nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e i gestori di pubblici servizi, delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà previsti dal DPR 445/2000, e conseguentemente, a far data dall'01/01/2012, le Pubbliche Amministrazioni non possono più accettare né richiedere i certificati che restano utilizzabili unicamente nei rapporti tra privati.** Pertanto sarà la P.A. a dover verificare la veridicità delle situazioni dichiarate o ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di notorietà su indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Il candidato deve quindi utilizzare le seguenti forme di dichiarazione:

1) **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. n° 445/2000 ( per es. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, titoli di formazione, di aggiornamento, ecc. ). In particolare, per quanto concerne la partecipazione a corsi, convegni, congressi, seminari ecc è opportuno, ai fini della valutazione nel merito, indicare:

- l'ente organizzatore
- il titolo
- la data
- la durata in ore
- se la partecipazione è in qualità di uditore ovvero di relatore o docente
- se è previsto un esame finale.

2) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n° 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio...ecc ). In particolare, per i servizi prestati si dovrà indicare:

- la tipologia del rapporto: specificare se trattasi di rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato) o autonomo ( libero professionale, co.co.co, co.co.pro. consulente etc); si precisa che la

generica indicazione di rapporto a "Tempo determinato" non è esaustiva al fine dell'individuazione della natura/tipologia del rapporto di lavoro e quindi della corretta valutazione del titolo, pertanto nella dichiarazione deve essere sempre specificato se trattasi di rapporto di dipendenza (o subordinato che potrà essere a tempo determinato o indeterminato), o con rapporto di lavoro autonomo che potrà essere di tipo libero professionale, co.co.co, co.co.pro., consulente etc;

- la struttura (specificare se pubblica o privata);
- il profilo professionale e la disciplina di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico;
- le date di inizio e di fine dei relativi periodi di attività;
- l'orario di lavoro (specificare se a tempo pieno o part time, e, se part time, indicare il numero di ore settimanali; nel caso non venisse specificato, si procederà comunque all'attribuzione di un punteggio minimo).
- eventuali interruzioni (aspettative, sospensione etc.);
- le cause delle eventuali cessazioni del rapporto di lavoro (dimissioni, scadenza del contratto, licenziamento, etc.);
- tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Non saranno valutati i documenti già prodotti a questa Amministrazione, se non quelli acclusi alla domanda di partecipazione alla mobilità in oggetto inviata entro il termine di scadenza.

**3) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alla conformità all'originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio ( artt. 19 e 47 D.P.R. n°445/2000 ).**

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3, devono riportare, pena la mancata valutazione:

- a) la dicitura: il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara .....
- b) l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ex d.lgs. 196/2003;
- c) la sottoscrizione del dichiarante.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui ai precedenti punti 2 e 3, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, pena la mancata valutazione. In ogni caso le dichiarazioni sostitutive di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

L'Amministrazione procede ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e qualora dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

Nella dichiarazione sostituiva 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, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Il Direttore Generale  
Dott. Ennio Filigheddu

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Direttore Generale dell' Azienda Ospedaliero - Universitaria**  
**Via Ospedale, 54**  
**09124 Cagliari**

Oggetto: Selezione interna per titoli e colloquio per n. 1 posto di \_\_\_\_\_  
 per la Struttura \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso alla selezione in oggetto.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76:

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b) di essere residente a: \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;
- c) di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_;
- d) di essere dipendente dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari in qualità di \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- e) di aver superato il periodo di prova;
- f) di avere una anzianità di servizio nella cat. D o Ds non inferiore ai tre anni;
- g) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- h) di non aver riportato sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio antecedente alla presentazione della presente domanda;
- i) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- l) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ; [ barrare e specificare se ci si trova in questa condizione ]
- m) di avere o non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET/Co.Co.C o/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET/Co.Co.C o/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

p) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione del presente concorso, ai sensi del d.lgs. 196/2003.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. / ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

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

#### DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati, elencati nell'allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato ed elenco, in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**art. 47 del D.P.R. n° 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
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,

**D I C H I A R A :**

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro di dipendenza a tempo \_\_\_\_\_ (indicare se a tempo determinato o indeterminato) \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...)

o ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro \_\_\_\_\_ (tipologia del rapporto di lavoro: es) co.co.co., co.co.pro., libero professionale ); per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...).

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

**Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38 d.P.R. 445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
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

**D I C H I A R A:**

di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di  
aggiornamento e di qualificazione tecnica:

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver partecipato al congresso (corso, seminario, convegno ... ecc.) organizzato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal titolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, della durata di  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_, con esame finale / senza esame finale.

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di essere a conoscenza  
dell'art. 75 del d.P.R. n. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento  
emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del  
contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 d.lgs. n. 196/2003 che i  
dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la  
presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

**Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali  
contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ **Il/La Dichiarante** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA**  
**artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, 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**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_;

dell'atto/documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_;

dell'atto/documento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

è conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità )

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.