Allegato alla delibera n° 1687 del 26 settembre 2013

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE, COMPARTIMENTALE (AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN) ED INTERCOMPARTIMENTALE, PER LA COPERTURA DI N°10 POSTI NEL PROFILO DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - CAT.C, DA DESTINARE AI SERVIZI AMMINISTRATIVI CENTRALI, PERIFERICI E TERRITORIALI.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: 22 Ottobre 2013

In esecuzione della deliberazione n° 1687 del 26 settembre 2013, la ASL di Cagliari intende attivare una procedura di mobilità regionale, compartimentale (Aziende ed Enti del Comparto SSN) ed intercompartimentale, per la copertura di n°10 posti nel profilo di **Assistente Amministrativo** – **cat.C.,** da destinare ai Servizi Amministrativi Centrali, Periferici e Territoriale della Asl di Cagliari.

Possono partecipare alla mobilità in oggetto i candidati in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere dipendenti a tempo indeterminato di un'Azienda o Ente del Comparto del SSN, ubicate nella Regione Sardegna, nel profilo di *Assistente Amministrativo, cat.C.* , e aver superato il periodo di prova;
- Essere dipendenti di altre Pubbliche amministrazioni, ubicate nella Regione Sardegna, con qualifica corrispondente a quella di *Assistente Amministrativo, cat.C.* , oggetto della mobilità, e aver superato il periodo di prova.

I dipendenti interessati potranno presentare domanda in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilato su carta semplice (datato e firmato).

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL di Cagliari – Servizio del Personale – Via Piero della Francesca, 1, Loc. Su Planu, 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante) o tramite Posta Elettronica Certificata protocollo.generale@pec.aslcagliari.it **entro il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.**

Si precisa che la validità di tale invio è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Un'apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, procederà alla valutazione dei candidati ammessi, attraverso l'esame del curriculum e l'espletamento di un colloquio volto a valutare la professionalità e le competenze acquisite nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle Aziende ed Enti di appartenenza.

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Nell'ambito della valutazione dei titoli e curricula professionali dei partecipanti verranno utilizzati i criteri di massima di seguito elencati:

- **Esperienza amministrativa in attività di segreteria, archiviazione e catalogazione di documenti e schedari;**
- **Comprovata esperienza nella gestione dei sistemi di protocollazione;**
- **Esperienza in attività amministrativo-contabili, registrazione e fatturazione della documentazione contabile e nella gestione dei sistemi informatici ad esse connesse;**
- **Conoscenza delle procedure di gestione degli atti amministrativi quali ricezione, istruzione e redazione degli stessi;**
- **Comprovata esperienza nell'utilizzo dei programmi informatici quali Word, Excel, video scrittura e calcolo.**

Il Direttore Generale, sulla base del verbale predisposto dalla Commissione esaminatrice e dei giudizi di merito espressi nello stesso, deciderà i nominativi degli interessati per i quali procedere alla chiamata per la copertura dei posti.

Ai soggetti individuati verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dal CCNL vigente delle Aziende del Comparto Sanità.

Si evidenzia che all'atto del trasferimento in entrata verranno riconosciute da questa Azienda unicamente le eventuali ferie non ancora godute dell'anno in corso.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente procedura vale come esplicita autorizzazione all'Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

Il presente avviso verrà pubblicato in forma integrale sul sito aziendale www.aslcagliari.it. sul quale verrà pubblicato anche lo schema di domanda e del modello di curriculum/dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Ogni informazione potrà essere richiesta al Servizio del Personale della ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/609.3274.

Il Direttore Generale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, in presenza di motivi legittimi o di particolari ragioni senza che nei partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Emilio Simeone)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Allegato alla delibera n° 1687 del 26 settembre 2013

FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore Generale ASL di Cagliari
- Servizio del Personale -
Via Piero della Francesca, 1
Loc. su Planu
09047 Selargius (CA)

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP_____), Via _____, n._____ e domiciliat__ per la procedura in oggetto in _____ (CAP_____), Via _____ n. ___ Tel. _____Cell._____

CHIEDE

Di essere ammess__ a partecipare alla Mobilità regionale, compartimentale (Aziende ed Enti del Comparto del SSN) ed intercompartimentale indetta per la copertura di **n°10 posti nel profilo di Assistente Amministrativo, cat.C.**

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ❑ di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo di Assistente Amministrativo – cat.C presso la seguente Azienda/Ente del Comparto del SSN …….., sede in ……. Via ……..……;
- ❑ di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo di _____ (corrispondente a quello di Assistente Amministrativo – cat.C) presso la seguente Pubblica Amministrazione……, sede in …….. Via……;
- ❑ di essere stato assunto in data …….. e di aver superato il periodo di prova;
- ❑ di prestare servizio presso: Struttura/P.O/Servizio…… di……..…;
- ❑ di essere attualmente titolare di incarico di ……... conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- ❑ di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

- ❑ pieno
- ❑ parziale, con percentuale lavorativa al ……% , per n°……..ore settimanali;

❑ di avere effettuato negli ultimi tre anni n°……. giorni di malattia;

❑ di disporre, alla presente data, di n°. …….. giorni di ferie non ancora godute;

❑ Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)

- ❑ Si (specificare per chi)……..
- ❑ No

❑ Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)

- ❑ Si ……..……..
- ❑ No

❑ di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare ipotesi contraria);

❑ di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/03;

Allega alla presente

- ❑ Curriculum formativo-professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, datato e firmato;
- ❑ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di inquadramento giuridico e dati stipendiali.

Data, ……..

Firma

_____

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

CURRICULUM

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

■ Titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni, master, dottorati etc.)

■ pubblicazioni e titoli scientifici
(le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate)

■ partecipazione a corsi, convegni, etc.
(Indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento)

ESPERIENZA LAVORATIVA
(attestare dettagliatamente)

■servizio prestato con la qualifica di _____ presso (Ente) _____(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O._____ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a _____ore , dal_____ al_____;

■servizio prestato con la qualifica di _____ con rapporto _____ (co.co.co; co.pro.; libero professionale/etc.) presso (Ente)_____(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. _____dal_____ al_____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL n. 8, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Allegato alla delibera n° 1687 del 26 settembre 2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € _____

Il Dichiarante_____

ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it