

ALLEGATO alla Delibera n.27 del 18 gennaio 2010

**SCADENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDE: 17 Febbraio 2010**

\*\*\*\*\*

**AVVISO DI MOBILITA' PRE-CONCORSUALE REGIONALE ED INTERREGIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL COMPARTO DEL SSN PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO, ORTOTTISTA, CAT "D".**

\*\*\*\*\*

In esecuzione della deliberazione del Commissario Straordinario n.27 del 18 gennaio 2010, la ASL di Cagliari intende attivare la procedura di Mobilità pre-concorsuale Regionale ed Interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura **di n.1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario , Ortottista, cat. "D"**.

Possono partecipare coloro i quali abbiano in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni nel profilo oggetto della mobilità e che abbiano 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) ed un certificato di servizio contenente i dati stipendiali.

Le domande di partecipazione, redatte secondo il modulo allegato, dovranno essere inviate alla ASL di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento **entro il ventesimo giorno**

**successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sui quotidiani regionali “L’Unione Sarda” e “La Nuova Sardegna”** . A tal fine farà fede la data del timbro dell’Ufficio postale accettante. Qualora la scadenza cada in un giorno festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

**Si fa presente che non verranno prese in considerazione le domande di mobilità precedentemente inviate ed attualmente presenti agli atti dell’Azienda.**

Apposita Commissione, nominata dal Commissario Straordinario, 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 varie Aziende ed Enti di appartenenza.

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

- **Conoscenza ed esperienza della semeiotica strumentale specialistica con particolare riferimento alle patologie vitreoretiniche.**

Il Commissario Straordinario, sulla base della relazione predisposta dalla Commissione e dei giudizi di merito espressi dalla stessa, deciderà il nominativo dell’interessato per il quale procedere alla chiamata per la copertura del posto. Al candidato individuato verrà riconosciuto il trattamento giuridico ed economico così come previsto dai C.C.N.L. delle Aziende del Comparto Sanità.

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, per estratto sui quotidiani regionali **“L’Unione Sarda” e “La Nuova Sardegna”** ed in forma integrale sul sito aziendale [www.aslcagliari.it](http://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. 070/6093274.

Il Commissario Straordinario 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 COMMISSARIO STRAORDINARIO**

***(Dott. Emilio Simeone)***

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario

dell'Azienda USL n.8

Via Piero Della Francesca, 1 Loc. Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la procedura in oggetto in \_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammess\_\_ a partecipare alla mobilità pre-concorsuale regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del comparto del SSN, per la copertura di **N.1 POSTO DI COLLABORATORE PROFESSIONALE ORTOTTISTA, CAT. "D"**.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00,

DICHIARA

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo **di Collaboratore professionale Sanitario, Ortottista, cat. "D"**, presso la seguente pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_;
- iscrizione all'Albo Professionale (ove esistente);
- di essere stato assunto in data \_\_\_\_\_ e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Strutture / 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 :
  - pieno
  - parziale, con percentuale lavorativa al \_\_\_\_\_% per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- di aver effettuato negli ultimi tre anni n° \_\_\_\_\_ giorni di malattia;
- 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 essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- non aver in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso servizio 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;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- certificato di servizio con dati stipendiali.
- Curriculum formativo – professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio datato e firmato.

Data \_\_\_\_\_

Firma

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

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. 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.co.pro ; lib.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 l'Azienda UsI n. 8, a seguito di controllo, verifici 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.

Cagliari, \_\_\_\_\_

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.**