

**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:**

In esecuzione della deliberazione n°            del            , 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](mailto: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.

Allegato alla delibera n°

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](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. 070/609.3274.

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)**

Allegato alla delibera n°

*FAC SIMILE DOMANDA*

Al Direttore Generale ASL di Cagliari

- Servizio del Personale -

Via Piero della Francesca, 1

Loc. su Planu

09047 Selargius (CA)

\_\_\_\_\_, 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)

Allegato alla delibera n°

- ☐ 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

---

Allegato alla delibera n°

## 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

### DICHIARA

#### **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.**

Allegato alla delibera n°

**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

**DICHIARA**

- che la propria retribuzione mensile lorda ammonta ad € \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE**

N. 1687 DEL 26 SET 2013  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Aurelli)  
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Egidio Simeone)

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO

DI N° se FOGLI.  
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE  
(D<sup>ssa</sup> Patrizia Sollai)