
**AVVISO DI MOBILITA' VOLONTARIA PER LA COPERTURA DI N°15 POSTI DI
OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. "BS"**

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 9 LUGLIO 2009

In esecuzione della deliberazione n° 617 del 14/05/09, la ASL n°8 di Cagliari intende ricoprire, mediante procedura di mobilità regionale ed interregionale fra Aziende ed Enti del comparto del SSN, **n°15 posti di Operatore socio Sanitario Cat. "BS"**.

Possono presentare domanda coloro i quali abbiano in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo oggetto della mobilità.

I dipendenti interessati potranno presentare domanda, in carta semplice, allegando un curriculum professionale redatto, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, 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 n°8 di Cagliari – Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius (CA) tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sulla Gazzetta Ufficiale. A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante.

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

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 la competenza acquisita nel profilo professionale oggetto della mobilità, nelle varie Aziende ed Enti di appartenenza.

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 sulla Gazzetta Ufficiale e sul quotidiano "L'Unione Sarda", ed 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 N°8 – Via Piero della Francesca, 1 09047 – Selargius Tel. 070/609.3267.

L'Azienda 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. Benedetto Barranu)

Fac simile domanda

Al Direttore Generale
Della ASL n°8
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 ed interregionale indetta per n°15 posti di **Operatore socio Sanitario- Cat. “BS”**.

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

1. di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo di Operatore Socio Sanitario Cat. “BS” presso la seguente Pubblica Amministrazione
....., con sede in
Via
2. di essere stato assunto in data e di aver superato il periodo di prova;
3. di prestare servizio presso: P.O/Servizio.....
U.O.....;

4. di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella interessata)
- pieno
 - parziale, con percentuale lavorativa al% , per n°ore settimanali;
5. di avere effettuato negli ultimi tre anni n° giorni di malattia;
7. Godimento benefici art. 33 L.104/92 (barrare la casella interessata)
- Sì (specificare per chi).....
 - No
8. Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali)
- Sì
 - No
9. di non possedere limitazioni allo svolgimento delle mansioni di Operatore socio Sanitario
10. di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero (specificare ipotesi contraria);
11. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/03;
12. di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Ogni comunicazione relativa alla procedura di mobilità deve essere fatta al seguente indirizzo:

_____.

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

Fac simile

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 di studio conseguiti
- 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

- servizio prestato con la qualifica di _____ presso _____ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) 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 _____ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) 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.

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.**