

## **AVVISO DI MOBILITA' INTERNA**

### **E'indetta mobilità interna volontaria nell'ambito della A.S.L. di Cagliari destinata ai Dirigenti Medici - Fisiatri per l'assegnazione alla Struttura di Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica.**

I Dirigenti interessati dovranno inviare la domanda redatta in carta semplice, utilizzando il modulo allegato, indirizzata alla A.S.L. di Cagliari, Via Piero della Francesca,1 Loc. Su Planu 09047 – Selargius (CA)

Le domande di partecipazione, dovranno essere inoltrate o all'ufficio protocollo generale della A.S.L. o spedite con raccomandata con ricevuta di ritorno entro e non oltre il

**21 MAGGIO 2010**

La domanda si considera prodotta in tempo utile qualora spedita entro il termine stabilito a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno; a tal fine farà fede il timbro postale. In caso di inoltro all'Ufficio protocollo della ASL, verrà preso in considerazione il timbro con la data d'ingresso all'Ufficio stesso.

Qualora, per il posto destinato alla Struttura ci siano più domande, verrà stilata la relativa graduatoria.

Nella domanda l'aspirante dovrà indicare l'indirizzo al quale dovranno essere trasmesse le eventuali comunicazioni e si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

### **REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare alla selezione i Dirigenti Medici – Fisiatri dipendenti a tempo indeterminato, non già assegnati alla struttura di Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica.

In presenza di più domande rispetto al posto da coprire, verranno seguiti nella formulazione della graduatoria di merito, i seguenti criteri nel successivo ordine:

- 1. a parità di incarico posseduto attinenza del curriculum professionale e formativo del dirigente, debitamente autocertificato, rispetto alle funzioni da ricoprire;**
- 2. anzianità di servizio a tempo indeterminato nella ASL 8, resa a tempo pieno e con rapporto di esclusività.**

**Per quanto riguarda i dirigenti medici provenienti a seguito dell'accorpamento del 01.01.06 sarà valutata, comunque, tutta l'anzianità pregressa continuativa a tempo indeterminato non maturata nella ASL8.**

Il Commissario Straordinario si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso in qualunque momento, qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni della A.S.L., senza che per i partecipanti insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(Dott. Emilio Simeone)

Alla ASL8 di Cagliari  
Servizio del personale  
Via Piero Della Francesca, 1  
Loc. Su Planu – 09047 Selargius

***Oggetto: domanda di partecipazione all'Avviso di Mobilità volontaria.***

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

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

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a partecipare alla Mobilità volontaria interna nel profilo di Dirigente  
Medico – Fisiatra da destinare alla Struttura di Riabilitazione e Terapia Fisica Area  
Specialistica.

A tal fine dichiara,:

- di essere dipendente a tempo indeterminato della ASL 8 in qualità di Dirigente Medico a  
decorrere dal \_\_\_\_\_;
- di svolgere la propria prestazione lavorativa presso \_\_\_\_\_

- ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge;

Data, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Si allegano:

curriculum formativo e professionale datato e firmato;

n.1 copia dell'elenco dei documenti e dei titoli presentati

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, 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

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

di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi  
agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso le persone fisiche o  
giuridiche sotto elencate (indicare per ciascun documento i dati relativi alla persona fisica o  
giuridica che possiede gli originali)

Descrizione documento	indicazione possessore
1. _____	_____;
2. _____	_____;
3. _____	_____;
4. _____	_____;
5. _____	_____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/2000, relativo alla  
decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora  
l'Azienda U.S.L. n. 8, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della  
presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 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, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante\*

- \* la sottoscrizione deve essere effettuata in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento.  
In alternativa, al fine della sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, il dichiarante **DEVE** allegare alla medesima dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.