

AVVISO DI MOBILITA' INTERNA

E'indetta mobilità interna volontaria nell'ambito della A.S.L.8 di Cagliari destinata al personale nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista Cat.D per l'assegnazione alla Struttura di Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica

I dipendenti interessati dovranno inviare la domanda redatta in carta semplice, utilizzando il modulo allegato, indirizzata alla A.S.L.8 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 i posti destinati alla sede prescelta ci siano più domande, verrà stilata per ciascuno la relativa graduatoria.

La graduatoria avrà validità di 12 mesi e verrà utilizzata anche per gli ulteriori posti che si renderanno vacanti e/o di nuova istituzione nella struttura per la quale è stato bandito l'avviso.

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 alle selezioni i dipendenti in servizio a tempo indeterminato nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista Cat.D**, non già assegnati alla struttura di Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica.

PROCEDURA FORMULAZIONE GRADUATORIE

In presenza di più domande rispetto ai posti da coprire, si procederà alla formulazione delle graduatorie che verranno redatte in relazione all'allegato "2" del regolamento sulla mobilità interna approvato con Delibera D.G. n°197 del 27/03/06. Si fa presente che coloro che rientrano nelle ipotesi di cui all'art.33 della L.104/92, hanno diritto al trasferimento con priorità assoluta. Qualora nella medesima graduatoria siano presenti più persone beneficiarie della L.104/92, la precedenza tra le medesime sarà determinata sulla base del punteggio complessivo attribuito in relazione ai titoli fatti valere.

Si ricorda che tale dichiarazione dovrà essere sottoscritta in calce alla domanda di partecipazione alla mobilità.

Il Direttore Generale 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 ASL 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

Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista Cat.D

A tal fine dichiara,:

- di prestare servizio nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario – Fisioterapista Cat.D** c/o la ASL8 di Cagliari, continuativamente ed a tempo indeterminato, a decorrere dal _____;
- di svolgere la propria prestazione lavorativa presso _____;
- di prestare/aver prestato servizio, con effettuazione di tre turni lavorativi/ ovvero due turni, come di seguito specificato:

attività su 2/3 turni	Periodo (dal xxxx..al xxxxxx)	C/o Reparto / Struttura del P.O.

- di non aver mai prestato servizio in regime di part time;
- di aver prestato servizio in regime di part time dal _____
al _____ con prestazione lavorativa al _____;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio _____;
- aver diritto di precedenza in graduatoria in quanto **attualmente** beneficiario della L.104/92 dal _____ al _____;
- 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;
- di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corsi di validità.

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.